UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1945-1946 — N° 54

LE SYNDROME DE COTARD ET LES TROUBLES DU SCHÉMA CORPOREL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Mars 1946

PAR

Pierre NAVARRANNE

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine
Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Coloniale
Croix de Guerre
Né le 7 Décembre 1920 à PAU (Basses-Pyrénées)

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur, *Président*
RIVIÈRE, professeur
PERRENS, professeur
SARIC, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1946

NAVARRANNE (Pierre)

Le Syndrome de Cotard et les troubles du schéma corporel. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 83 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 54*)

NAVARRANNE (Pierre)

Le Syndrome de Cotard et les troubles du schéma corporel. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 83 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 54*)

NAVARRANNE (Pierre)

Le Syndrome de Cotard et les troubles du schéma corporel. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 83 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 54*)

NAVARRANNE (Pierre)

Le Syndrome de Cotard et les troubles du schéma corporel. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 83 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 54*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1945-1946 — N° 54

LE SYNDROME DE COTARD ET LES TROUBLES DU SCHÉMA CORPOREL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Mars 1946

PAR

Pierre NAVARRANNE

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine
Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Coloniale
Croix de Guerre
Né le 7 Décembre 1920 à PAU (Basses-Pyrénées)

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur, *Président*
RIVIÈRE, professeur
PERRENS, professeur
SARIC, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ

ASSESSEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET. PERY,

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N.	Zoologie et parasitologie	SIGALAS.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurgicale et Gynécologique	N.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopedie	LOUBAT.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique	N.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Hygiène	N.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLEE.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Chimie	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Pharmacie	VITTE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.		

PERRENS (Maladies mentales).

CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	MAGENDIE.
Physiologie	N.	id.	POUYANNE.
Médecine Générale	PIÉCHAUD.	Obstétrique	N.
id.	N.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	N...	Dermatologie et syphiligraphie	N.
id.	SARIC.	Physique médicale	N...
id.	DUBARRY.	Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Chirurgie Générale	N...	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
id.	MASSÉ.	Pharmacie	MESNARD.
id.	N...	id.	N.
		Histoire natur. médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Botanique	GIRARD.
Accouchements	MAHON.	Cryptogamie	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	N...	Physiologie	Mlle ROUGIER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	TAYEAU.
Ophtalmologie	N...	Parasitologie et biologie appliqué	PAUTRIZEL.
Anatomie	J. BEAUVIEUX	Pathologie chirurgicale	J. VILLAR.
Chimie minérale	CASTAGNOU.		CHAVANNAZ.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE
ET DE MA TANTE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

auxquels je dois tout.

A MON FRERE, LE DOCTEUR PAUL NAVARRANNE
MÉDECIN DES TROUPES COLONIALES

dont j'ai toujours, avec fruit, suivi l'exemple.

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE
LE DOCTEUR MARCEL FERRE

dont les amis et les malades n'ont oublié ni l'immense bonté ni la sûre science.

A MA BELLE-MERE

MEIS ET AMICIS

A LA MEMOIRE DE NOTRE AMI ET CAMARADE
DE PROMOTION
JACQUES MAZELAYGUE

AUX DOCTEURS BOURDIN, CHARPENTIER,
JUHEL, LE HENAND, VARACHE

en souvenir de cinq années d'amitié,
d'épreuves et de joies communes.

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES CHEFS ET CAMARADES DE GUERRE
DU PREMIER REGIMENT DE FUSILIERS-MARINS

AU MEDECIN DE PREMIERE CLASSE GOURVES
ET A TOUT LE SERVICE DE SANTE DU 1er R. F. M.

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE PREMIERE CLASSE GALIACY

DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF
DE DEUXIEME CLASSE BOURRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
COMMANDEUR DU NICHAM-IFTIKAR
OFFICIER DU OUISSAN-ALAOUITE

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur ALEXANDRE AIMES

Professeur de Clinique Gynécologique
a la Faculté de Médecine de Montpellier
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction publique

Hommage respectueux et reconnaissant

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur MARC RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'accouchements
a la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

en témoignage de ma profonde gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER ET DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Paul DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des maladies nerveuses
et mentales
a la Faculté de Médecine de Bordeaux
Médecin des Hopitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction publique

qui a bien voulu inspirer et présider cette thèse. Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse admiration et de mes remerciements les plus sincères.

LE SYNDROME DE COTARD
ET LES
TROUBLES DU SCHEMA CORPOREL

INTRODUCTION

Ils sont bien singuliers, bien typiques, ces malades mentaux qui nient l'existence de tel ou tel de leurs organes, qui affirment être affligés de quelque énormité physique, et qui, bientôt, souffrant de ces anomalies, assureront tristement qu'ils ne sont plus de chair humaine, que tout est changé en eux et autour d'eux, qu'ils sont immortels ou possédés du démon. Aussi ces systèmes délirants imposent-ils, sans grande difficulté en général, le diagnostic classique de « Syndrome de Cotard », considéré comme révélateur d'un important délabrement mental et grevé, aujourd'hui encore, d'un pronostic sérieux.

Ces sensations bizarres d'importantes transformations anatomiques, comme l'affirmation illogique d'absence d'un organe bien présent (ou à l'opposé, d'existence du membre absent chez un amputé), on les trouve pourtant aussi chez des malades dont le psychisme ne parut jusqu'ici jamais anormal et que l'on rencontre d'ailleurs, non pas dans des services de Psychiâtrie, mais dans des salles de Neurologie pure ou même de Chirurgie. On dira ici que leur affection a fait naître chez ces patients des « Troubles du schéma corporel ».

Nous nous proposons dans ce modeste travail d'essayer de faire entre Syndrome de Cotard et Troubles du schéma corporel, un parallèle plus poussé et de voir s'il n'y a pas davantage que la bien vague ressemblance que nous venons de noter.

Certes, il est hors de notre pensée de chercher à établir une absolue similitude. Le problème à peine envisagé, on voit se creuser çà et là de profonds fossés. N'est-on pas, par exemple, frappé tout de suite par la différence qui oppose le fond mental des malades de Cotard, leur affreuse anxiété, à l'indifférence habituelle des autres ?

Cependant, cette imparfaite étude comparative nous montrera aussi diverses concordances et parfois même des interférences embrassant des zones de voisinage où les frontières de l'un et de l'autre seront souvent bien indécises.

Nous rappellerons dans une *Première Partie* ce qu'est le Syndrome de Cotard au point de vue clinique, sa place, sa pathogénie classique, l'évolution de son pronostic.

Dans une *Deuxième Partie,* nous étudierons brièvement la notion psychologique de Schéma corporel, puis nous envisagerons sa pathologie, en comparant, au fur et à mesure, les signes notés à ceux qui constituent le Syndrome de Cotard.

Notre *Troisième Partie* essaiera de faire le bilan, la synthèse des deux premières, ce qui nous amènera, dans un *dernier Chapitre,* à réviser la notion de Syndrome de Cotard, surtout au point de vue pathogénique.

PREMIÈRE PARTIE

LE SYNDROME DE COTARD

Sommaire : *Définition. Exposé clinique. Place du Syndrome.*
Etiologie. Pathogénie.
Evolution et Pronostic.
Observations.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION — EXPOSÉ CLINIQUE PLACE DU SYNDROME

On entend essentiellement par Syndrome de Cotard le *délire des négations et le délire d'énormité.* Il s'agit de malades prétendant n'avoir plus de bouche, plus de langue, plus d'estomac, plus d'intestin, plus d'anus... quelquefois même plus de corps. S'ils ne nient pas complètement l'existence de leurs organes, ils s'imaginent que ceux-ci ont subi des transformations plus ou moins bizarres et d'une extrême variété : énormité, rapetissement, occlusion, liquéfaction, putréfaction, changements de substance ou de forme, déplacement, multiplicité, vacuité, désagrégation, diaphanéité. Tantôt c'est leur langue qui est trop petite, leur œsophage ou leur estomac qui sont percés, tantôt leurs intestins suivent un trajet anormal, ou sont complètement obstrués. Les uns disent qu'ils sont ignobles, les autres que leur corps est pourri.

A côté de ces négateurs physiques, existent des négateurs moraux, des négateurs du monde extérieur, des négateurs même dont les idées de négation s'étendent à des abstractions (existence de Dieu surtout). La plupart du

temps, ils passent de l'une à l'autre de ces formes, logiquement en quelque sorte. Leurs formidables infortunes physiques sont dues, par exemple à ce qu'ils sont damnés. On leur a ravi leur âme. Ils ne sont plus en « chair de monde », ils sont « morts-vivants ». Au plus fort de leur tristesse et de leur anxiété, ils arrivent, de la sorte, à proclamer qu'ils sont immortels. Ainsi le *Délire d'Immortalité* sous sa forme triste (bien différent de celui des mégalomanes) et le *Délire de Possession diabolique* sont secondairement des composantes du syndrome de Cotard.

Cotard résumait d'une façon synoptique cette filiation par le schéma suivant :

Idées hypocondriaques de Négation

↓

Idées de cessation de vie

↓

Idées d'immortalité

↓ ↓

Idées de damnation ou de possession — *Idées de phénoménalité*

de 2 sortes : *Démonomanie* : le malade est lui-même Satan, l'Ante-Christ.

Possession démoniaque : le Malin habite le corps du malade et s'y livre à mille maléfices.

Toutes ces idées délirantes peuvent se grouper en un délire absurde et incohérent. Mais elles peuvent, au contraire, donner naissance à un délire parfaitement systématisé. Le malade — comme l'écrivait Luys — « voit son mal, le raisonne, l'explique, cherche à convaincre, à se faire plaindre, s'anime contre ses contradicteurs ». On aboutit quelquefois au dédoublement de la personnalité de la démence paranoïde. A l'extrême, on peut voir la négation systématique de certains mélancoliques s'appliquant à tout et à tous. L'examen neurologique décèle en

général des troubles sensitifs importants (anesthésie ou au contraire hyperesthésies superficielles et profondes), et des troubles moteurs (faiblesse musculaire surtout).

A ces caractères symptomatiques, il convient d'ajouter un élément de pronostic. Dans l'esprit de ses créateurs (Cotard, Seglas, Regis), le *Syndrome de* Cotard *comporte un pronostic de gravité.* Apparaissant chez un psychopathe, le Syndrome de Cotard signerait l'incurabilité de la maladie, son passage à la chronicité.

La description du Délire des Négations fut faite par Cotard chez des malades atteints de Mélancolie Anxieuse. Il était même, à l'origine, considéré comme une complication de cette affection, dont il assombrissait singulièrement le pronostic. Il s'accompagnait d'analgésie, de propension au suicide et aux mutilations volontaires.

En réalité, s'il est vrai que c'est dans la *mélancolie anxieuse* que le Syndrome de Cotard trouve son expression la plus nette, si c'est même dans ce cas qu'il existe dans sa forme la plus pure, la plus systématisée et la plus complète, il peut se manifester dans diverses autres formes de maladies mentales. Généralement, on ne trouve alors que quelques signes seulement. Il est rare chez les dégénérés. Mais on le trouvera dans la *démence sénile,* surtout s'il y a mélancolie..., les idées de négation survenant pêle-mêle avec d'autres idées délirantes sans systématisation aucune, dans *la psychose maniaco-dépressive,* dans la *paralysie générale* à forme triste, dans les *psycho-névroses et les névroses mêmes.*

Et c'est peut-être l'extrême diffusion de ce syndrome (à l'état plus ou moins complet et plus ou moins net) dans presque toute l'étendue du domaine psychiatrique qui lui valut de se voir longtemps refuser par divers auteurs (en particulier Camuset et de Cool) la valeur d'une entité nosologique nouvelle,

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

1.) *L'étiologie* du Syndrome de Cotard est, comme celle de beaucoup de maladies mentales, bien nébuleuse. Elle se confond d'ailleurs avec celle de la psychopathie dans laquelle le Syndrome est rencontré. Tout au plus peut-on indiquer l'existence de quelques facteurs prédisposants : noter, par exemple, qu'il apparaît souvent chez des malades présentant déjà une hérédité vésanique chargée, qu'il est plus fréquent chez la femme, qu'il survient surtout entre 50 et 60 ans, dans la « présénilité ».

Dans les antécédents personnels, il est fréquent de constater, au point de vue physique, des manifestations arthritiques. Le rôle de l'alcoolisme, quoique discuté, semble aussi devoir être retenu. Enfin, au point de vue mental, on trouvera généralement :

— Soit quelques accès de mélancolie à gravité croissante ;

— Soit des bizarreries de caractère, une tendance exagérée à l'introspection, et surtout des préoccupations hypocondriaques.

II.) *La Pathogénie,* elle, a retenu depuis longtemps l'attention des chercheurs. C'est là une grosse question, souvent soulevée, à laquelle de nombreuses théories ont cherché à répondre. On peut les grouper sous deux chefs principaux : Théorie psychique et Théorie thymique..., qui sont en somme les deux grandes théories de la mélancolie et de l'hypocondrie.

I.) *La théorie psychique*

Elle souligne que l'apparition du Syndrome de Cotard se fait sur un fond mental bien particulier : dépression mélancolique, tristesse, constitution hypocondriaque surtout. Le système délirant s'édifiera ensuite selon le schéma suivant (rapport de Lalanne, au Congrès de Grenoble, 1902) :

a) Dans une phase mélancolique primitive, le malade possède les idées délirantes habituelles aux mélancoliques (idées d'indignité, de culpabilité, de ruine, d'autoaccusation).

b) Il en résulte une période de doute pendant laquelle le malade présente un « *délire d'interrogation* », période que l'on peut rapprocher de la « mélancolie perplexe » décrite par Lasègue :

« Avant de nier l'existence de quelque chose, de quelqu'un, de lui-même, le malade *doute* de l'existence de ce quelque chose, de ce quelqu'un, de lui-même. Et on l'entend, pendant un temps plus ou moins long, interroger à haute voix et dire : « Telle chose existe-t-elle, telle per« sonne existe-t-elle, est-ce que j'existe moi-même ? ». Puis il finit par répondre : « Non, cela n'existe pas ; « non, telle ou telle personne n'existe pas ; non, je n'exis« te pas moi-même ». Il ne doute plus, il ne s'interroge plus, il nie formellement. C'est la *période* de négation confirmée.

c) Voilà donc constitué le « *délire de négation* ». Aux idées de négation, partielles ou générales, portant sur la

personnalité physique, ou morale, ou intellectuelle du sujet, peuvent s'ajouter ou se substituer les diverses idées d'énormité. Apparaissent aussi les idées de damnation, toujours secondaires, « tentatives d'explications cherchées par le malade à l'état pénible dans lequel il se trouve » (Séglas). Noter à ce propos que les interventions diaboliques sont toujours mauvaises et en rapport avec le fond d'auto-accusation.

De même (ainsi que nous l'avons montré déjà), les idées d'immortalité découlent logiquement des idées de négation et d'énormité (immensité dans le temps et dans l'espace). Les malades, par exemple, disent qu'ils ne mourront pas parce que leur corps n'est pas dans des conditions ordinaires d'organisation. Cette immortalité (sorte d'état intermédiaire entre la vie et la mort : « Je suis mort-vivant », dit le malade) est bien différente de celle des vrais mégalomanes. Les « mégalo-mélancoliques », pour reprendre l'expression de Régis, sont « plus que jamais lamentables, gémisseurs et désespérés ».

II.) *La théorie thymique*

Elle insiste sur les troubles sensitivo-moteurs que nous avons noté dans la symptomatologie du Syndrome de Cotard et sur l'arthritisme, souvent retrouvé dans les antécédents du malade, avec son cortège de troubles viscéraux.

a) *Sensibilité objective* : On trouve souvent de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie. L'anesthésie explique, avec les mutilations volontaires auxquelles se livrent fréquemment ces malades, l'impression de manque, d'absence, de perte, qu'ils peuvent ressentir. « Quant à l'hyperesthésie, dit Cotard, on comprend aisément qu'elle amène rapidement l'hypocondrie et, à sa suite, une foule de désordres imaginaires ».

b) *Sensibilité subjective* : à l'origine, les malades se plaignent de sensations pénibles de froid, de chaleur, de

brûlures, de sensations viscérales (céphalées, vide ou plénitude du cerveau, de l'estomac, etc.). Tous ces troubles viscéraux, les troubles gastro-intestinaux surtout, peupeuvent bien être rattachés à une auto-intoxication des voies digestives due à l'arthritisme par exemple.

c) Aussi le rôle le plus important, reviendrait-il, dans la conception classique, aux *cénesthésies,* « ces représentations subjectives qui, parties de tous les points du corps, nous donnent la notion de notre existence en général et de l'existence de chacun de nos organes » (Régis). En somme, le Syndrome de Cotard reposerait sur un substratum objectif, les idées de négation étant la conséquence, le retentissement dans l'esprit, des perturbations de la sensibilité organique ou « cénesthésie ».

On conçoit très bien, par exemple, que les malades nient leurs organes parce qu'ils ne les sentent plus, parce qu'ils ont une sorte d'anesthésie viscérale, ainsi que Régis l'a constaté chez beaucoup par un manque total de réaction des muqueuses aux divers excitants. A l'opposé, des cénesthésies exacerbées donneront naissance à un délire d'énormité et il est à noter que les expressions qu'emploient les malades pour définir leur état ne sont que les expressions populaires courantes (tête vide, tête énorme, estomac plein), mais hypertrophiées.

De même, Cotard notait dans sa thèse (Bordeaux 1903-1904) qu'on trouve souvent des troubles moteurs accentués, « la faiblesse musculaire allant jusqu'à l'anesthésie de certains muscles..., jusqu'à l'abolition du sens musculaire, la perte de la notion de situation du corps et de ses rapports dans l'espace ».

Cette « notion de situation du corps et de ses rapports dans l'espace », c'est précisément ce que les Psychologistes appellent aujourd'hui « Schéma corporel ». Ainsi, voilà qu'est déjà bien plus qu'effleuré le problème que ce travail veut poser. D'ailleurs, les chapitres suivants nous montreront aussi que bien d'autres phénomènes patholo-

giques ont été, suivant les auteurs, interprétés soit comme cénesthopathie, soit comme troubles du schéma corporel. Et nous serons ainsi amenés à étudier quels rapports existent entre ces notions.

III.) En réalité, ce sont l'une et l'autre de ces théories qui expliquent à la fois le Syndrome de Cotard. Phénomènes purement psychiques, troubles sensitifs, altérations cénesthésiques s'entremêlent et s'influencent les uns les autres pour réaliser le tableau classique.

Le malade est pris ainsi dans une sorte d'engrenage qui le mènera au délire. Ajoutons qu'entrent aussi en jeu les hallucinations psychiques ou psycho-motrices, l'ensemble amenant — dit Crinon — « des altérations de la constitution du Moi ».

En somme, il faut admettre que si les lésions organiques (par les cénesthésies) ne sont sans doute pas capables de créer de toutes pièces le Syndrome de Cotard, elles sont cependant d'une très grande importance. On doit les considérer au moins comme destinées à orienter le délire et à faire naître le Délire des Négations chez un sujet qui, jusque là, avait sa psychopathie dirigée dans un autre sens.

CHAPITRE III

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Nous l'avons vu, dans l'esprit de ses créateurs, le Syndrome de COTARD était grevé d'un pronostic grave. Outre que la propension au suicide (fréquente chez ces malades) les amène à une mort prématurée, la présence même du Délire des Négations chez un psychopathe indiquerait le passage à la chronicité et l'incurabilité. CASTIN donnait les statistiques suivantes :

Guérison et amélioration	12,50 %
Mort.	65,60 %
Etat stationnaire	21,90 %

Très vite pourtant, cette notion fut discutée, et en 1913, dans sa thèse inaugurale intitulée : « Contribution à l'étude du Syndrome de COTARD, sa valeur pronostique », GOT était beaucoup moins pessimiste. Par la suite, un nombre considérable de guérisons fut publié. Guérisons spontanées, guérisons par entretiens psychothérapiques..., puis succès de la thérapeutique par le cardiazol et surtout, aujourd'hui, par l'électro-choc. En définitive, il semble que l'apparition du Syndrome aggrave en effet le pronostic de la psychopathie préexistante, mais sans le rendre fatal. D'ailleurs des degrés doivent être envisagés :

Le pronostic est moins sombre lorsque :

— Les idées de négation sont placées en quelque sorte au second plan, ne prédominent pas sur les autres symptômes, sont épisodiques.

— L'intelligence est peu touchée.

— Le malade est plus jeune.

Il est assombri, au contraire, par l'installation d'idées d'immortalité ou de possession diabolique.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous allons illustrer cette étude théorique par quelques observations de malades examinées dans le Service du Professeur DELMAS-MARSALET (Clinique des maladies nerveuses et mentales, hôpital Saint-André, Bordeaux). Elles nous montreront les divers degrés auxquels peut se manifester le Syndrome de COTARD.

OBSERVATION I

Madame G... L..., 46 *ans*

Entre dans le service en 1941 pour troubles mentaux développés en un mois après un épisode de fatigue générale coïncidant avec quelques petits signes d'insuffisance hépatique, et des soucis professionnels (servitudes imposées par les tickets d'alimentation chez une gérante d'épicerie).

Habituellement irascible et violente, la malade commence par constituer un épisode dépressif, puis refuse de manger, de se coucher, de se lever. A ce *négativisme* s'ajoutent :

— *des auto-accusations* portant sur des faits actuels (dilapidations imaginaires de tickets, d'argent, de marchandises..., négligences dans les soins du ménage) et sur des faits anciens (enfance pervertie) ;

— *des tentatives de suicide* qui amènent sa famille à envoyer la malade dans le service.

L'interrogatoire de la malade permet de mettre en évidence outre ses auto-accusations, une véritable *psychose de la famine* (terreur de la faim : « Il n'y a plus rien à manger », entraînant d'une façon fort illogique ses refus de nourriture « pour ne pas gaspiller ») et un Syndrome de COTARD typique : la malade prétend d'abord n'avoir plus de cheveux ni de dents. Mise en face d'une glace, elle affirme que les cheveux et les dents qu'on lui désigne du doigt ne lui appartiennent pas, mais sont postiches. Puis elle dit n'avoir plus de figure.

A ce *délire de négation* portant aussi sur des faits extérieurs à elle (« je ne suis rien et il n'y a rien autour de moi. Tout est rêve, rien n'existe »), s'ajoute un *délire d'énormité* : ses bras sont très raccourcis; ses dents (hier inexistantes) sont très longues, ses intestins sont bourrés de matières et si elle refuse d'aller à la selle, c'est afin de ne pas boucher les W.-C. Son urine est de la teinture d'iode... Elle-même est devenue extrêmement âgée.

A noter que contrairement au tableau classique, la malade n'est ici *nullement anxieuse*. Elle délire « à froid ». Examen neurologique négatif.

En trois mois, son état mental et physique s'aggrave considérablement. Elle devient revendicatrice et persécutée : elle se plaint d'être mal soignée par de mauvais médecins. On la gave salement, on lui présente des bols de bouillon où tout le service a craché...

Son internement devient nécessaire ; elle est transéatée à l'asile de Château-Picon.

En résumé : accès mélancolique délirant avec Syndrome de COTARD très net, mais ne restant pas pur (Persécution, revendications).

OBSERVATION II

Madame L... C..., 76 ans

Entre dans le service en 1942, pour mélancolie délirante installée depuis une année à la suite d'ennuis d'argent et de déceptions politiques (son mari, maire d'une commune voisine, fut battu aux élections municipales). Elle aurait eu deux attaques (?) avec coma, mais sans paralysie.

L'examen somatique n'apporte aucun signe positif.

La malade est très agitée, poussant des cris, des hurlements, effectuant des mouvements désordonnés nécessitant son camisolage. Le lendemain, elle est calme, mais logorrhéique : « Tout est changé autour de moi, dit-elle. Autrefois, tout le monde se querellait, maintenant l'accord règne parce qu'il y a un maître ». Qui ? Elle ne sait. Elle ne l'a vu ni entendu... mais elle sait qu'il commande.

Revue les jours suivants et amenée à préciser ses affirmations, elle répond au contraire par des négations : « Il n'y a plus de jours, plus d'années, plus de mois. Il n'y a plus de péchés, plus de Dieu, plus de diable ».

Puis s'installent des idées d'indignité, des auto-accusations (vols, crimes pour lesquels elle sera brûlée vive).

Aucune amélioration en trois mois. Internement.

En résumé : mélancolie délirante avec ébauche de Syndrome de Cotard : négation d'événements extérieurs, d'abstractions (existence de Dieu).

OBSERVATION III

Madame H... N..., 26 ans

La maladie commence par une psychose de situation : petits soucis commerciaux dans le magasin de cordonnerie que son mari vient d'acquérir. Appréhensions, incertitudes, peur de se tromper dans ses comptes, crainte du fisc, des exigences des clients.

Là dessus elle installe un accès mélancolique avec confinement dans sa chambre, refus de voir personne, puis idées d'indignité (« Nous sommes des criminels, nous faisons du marché noir. Je suis mauvaise mère comme, dans mon enfance, j'étais mauvaise camarade, menteuse et voleuse »).

Véritable délire de persécution : on se moque d'elle dans la rue, dans l'escalier, dans sa famille même.

Manifeste fréquemment des désirs de suicide.

A son entrée à l'hôpital (1943) on ne trouve aucun trouble somatique. On confirme l'existence de symptômes d'ordre dépressif (idées d'incapacité, d'indignité, de ruine, de suicide, tendance aux pleurs), d'interprétations délirantes (actuelles et rétrospectives), enfin, on voit s'esquisser un Syndrome de Cotard avec :

— *Quelques négations personnelles* : « Je ne suis pas faite comme les autres ».

— *des idées d'immortalité* : « Je voudrais bien mourir, mais je ne le peux pas. Mon corps ne peut mourir. D'ailleurs on ne meurt pas ; tout le monde se fiche de tout ça ».

— *des négations d'événements extérieurs* : « Ce n'est pas la guerre. Il y a longtemps que le monde ne se bat plus ».

10 électrochocs sont pratiqués. Amélioration dès le huitième : la malade tricote, aide dans la salle. Guérison dès le dixième, mais il reste une amnésie de fixation.

OBSERVATION IV

Madame G... A..., 23 ans

A la suite d'une grossesse difficile et d'un accouchement pénible avec application de forceps, déchirure du périnée, prolapsus utérin et cystocèle ; cette jeune femme déjà hypocondriaque, installe un Syndrome de Cotard typique mais borné à une négation d'organe : *sa vessie*. Elle nie son existence, malgré les radios qu'on lui présente, ne reconnaît pas ses urines comme lui appartenant. Puis elle prétend avoir une infection de tout le petit bassin, de tout l'abdomen.

L'angoisse est extrême, l'agitation incessante.

Tentatives d'évasion.

La thérapeutique par les électrochocs n'ayant pas eu de succès au cours d'un précédent séjour dans une maison de santé en Charente-Inférieure, on n'insiste pas après l'échec de deux de ceux-ci. Essais de Cardiazol : pas de résultat. Persistance du délire et de l'anxiété.

La malade sort, dans cet état, à la demande de son mari.

OBSERVATION V

Madame M... M..., 62 ans

Entre à l'hôpital le 11 mai 1944 avec le diagnostic de mélancolie présénile. Depuis sa première grossesse (survenue à l'âge de 25 ans) la malade a toujours été triste, renfermée, s'isolant volontiers, ne voisinant pas, sortant peu.

Depuis six mois, la tristesse fait place à de l'inquiétude, puis de l'angoisse, avec agitation extrême et tremblements. Elle extériorise la peur de voir partir son fils en Allemagne, et la peur, puis la certitude, de contaminer tout son entourage en raison d'une imaginaire syphilis qu'elle prétend avoir attrapée. Elle défend, par exemple, d'ouvrir les fenêtres, de peur que les microbes ne sautent d'elle sur les passants..., elle ramasse la poussière et la met sous son lit pour qu'elle ne s'envole pas.

Puis elle matérialise les microbes de façon plus précise, les appelant des « morpions », des serpents, des tigres, des chacals (après avoir lu « Thaïs »)..., précise qu'elle contracta la syphilis à l'âge de 17 ans lorsque, un jour où elle tenait le rôle de Jeanne d'Arc dans une fête de patronage, elle fut embrassée par un de ses camarades.

Accentuation du délire et des troubles du comportement. Essais de suicide par pendaison (peut-être sans conviction). Entrée à l'hôpital.

— Rien à signaler sur ses antécédents personnels et héréditaires.

— Examen somatique négatif.

T. A. : 17-9, avec le deuxième bruit cardiaque un peu claqué.

Légère anémie (3.560.000 G. R.).

Azotémie à 0,75 (descendra vite à 0,35).

Liquide céphalo-rachidien normal. B. W. négatif.

Fond d'œil : *à gauche* : papille œdémateuse, congestionnée, avec un bourrelet assez net sur le bord nasal où les vaisseaux font un coude. Aspect de stase au début (?)

A droite : le bord nasal paraît aussi plus rouge et plus flou qu'il ne conviendrait, mais il n'y a pas le même aspect qu'au côté gauche.

— *L'interrogatoire de la malade,* très agitée et très anxieuse, logorrhéique et palilalique (elle répète sans cesse : « J'ai contaminé l'eau ») met en évidence son *délire d'énormité* : crainte de contaminer l'entourage, puis affirmation d'avoir, pendant la nuit, accouché de deux bœufs qui sont encore avec elle, la gênent et l'étouffent. Déjà, d'ailleurs, il lui est arrivé de pondre des millions d'œufs d'autruche, de baleine (!). etc...

Le lendemain, elle énonce correctement son âge, sa date de naissance, puis se lance dans le récit de ses torts vis-à-

vis de son fils, de son attitude anti-familiale, des contaminations dont elle est cause. Elle est orientée dans le temps et dans l'espace, son attention est intacte, sa mémoire bien conservée. Son jugement ne semble pas diminué, mais plutôt perverti. Il existe des idées délirantes d'énormité (Syndrome de Cotard), et des « hallucinations psychiques ». C'est ainsi qu'interrogée au sujet des animaux qu'elle croit voir, elle montre des miettes de pain, affirmant que ce sont des œufs d'autruche. Chez elle, elle prit pour un serpent un bout de laine jeté à terre... Elle se dit couverte de bêtes, de vermine, et montre la peau de son bras où ne se trouve pourtant aucune tache.

— Bonnes acquisitions scolaires bien conservées.

— Affectivité conservée.

12 électrochocs :

24, 27, 30 mai : 3 absences : pas d'amélioration.

3, 7, 10 juin : 3 crises : amélioration très nette.

14, 17 juin : 2 crises : l'amélioration persiste.

19, 21, 24, 27 juin : 3 crises et une absence pour crise : plus d'idée délirante, calme, guérison complète.

La malade sort, guérie, le 7 juillet.

DEUXIEME PARTIE

LE SCHEMA CORPOREL... SA PATHOLOGIE

SOMMAIRE : *Rappel de Psychologie* :
Définition, Historique, place.
Eléments constitutifs.
Discussions.

La Pathologie de l'image de soi.
Le membre fantôme.
Troubles du Schéma corporel plus... psychiatriques.
Anosognosie et Hémiasomatognosie.
Asomatognosie totale.
Héautoscopie.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL DE PSYCHOLOGIE

Paragraphe 1 :

Définition du Schéma corporel — Bref historique sa place

On entend par Schéma corporel cette idée de notre corps, ce sentiment de notre corporalité, ce « schéma de nos attitudes et de notre situation dans l'espace », que nous possédons toujours dans la pénombre de notre conscience et qui constitue une sorte de fondement psychophysiologique sur lequel s'appuie toute notre activité.

» Cette image tridimensionnelle de notre corps est essentiellement plastique et doit être entendue comme tout l'opposé d'une image statique car le passé y inscrit sans répit des traits nouveaux ».

Ainsi que le souligne Lhermitte, la notion de l'image de soi telle que nous venons de la définir, n'a pas pénétré dans la science à la manière d'une révélation soudaine. Mais elle était englobée dans l'imprécise conception de « cénesthésie ». Il faut attendre le Français Pierre Bonnier (1893) pour voir discuter la notion et le terme de cénesthésie et préciser que « la chose commune à toutes les sensations, c'est la définition topographique, la notion d'espace, de localisation ». Cette notion, qui n'est

pas exprimée dans le terme de cenesthésie se retrouve, en effet, « à l'origine de notre activité, à la source de toutes nos sensations et de nos perceptions ». Et il donnait la dénomination de « sens de l'espace » à toutes les parties de la sensibilité, périphériques et centrales, contribuant à définir notre orientation objective et notre orientation subjective (perception de notre attitude, de nos mouvements et de nos déplacements).

Par la suite, des considérations cliniques de Pick, à propos de malades atteints de perte de l'auto-topo-gnosie, attirèrent l'attention sur cette notion, reprise et précisée par de nombreux psychologues et psychiatres contemporains, sous des dénominations diverses : Schéma postural (Head), Schéma corporel (P. Schilder), Image de soi (Van Bogaert), Somato-psyché (Wernicke et Foerster), Image du moi corporel (Lhermitte).

Ainsi le Schéma corporel (pour adopter l'un de ces termes synonymes), né en somme d'un élargissement et d'une révision des vieilles notions de cenesthésie, tient en psychologie une place bien autonome et d'une considérable importance. C'est, en effet, grâce à l'existence de l'image de notre corps que nous pouvons d'une part sentir et percevoir, d'autre part développer notre action sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure.

Notons enfin que la pathologie du Schéma corporel nous permettra de localiser son siège central (circonvolutions pariétales, région du gyrus angulaire et du pli courbe).

Paragraphe II :

Eléments constitutifs du Schéma corporel

Au jeune enfant ne sont fournies que des pièces de construction grâce auxquelles il édifiera, pierre par pierre, son schéma corporel. C'est un long travail que chacun entreprend ainsi dès les tous premiers mois de sa vie, par étapes successives (représentation individuelle

des divers membres, puis articulation très lente de ces représentations, les unes avec les autres, pour réaliser l'unité de l'image corporelle), pour ne le parachever que vers sa douzième année, puis le soumettre encore à d'incessants remaniements.

Ces matériaux de construction sont nombreux. Mais quatre d'entre eux surtout sont à retenir :

1°) *Les sensations tactiles et profondes* (musculaires, arthrocinétiques). C'est parce qu'elles lui ont manqué qu'un sujet atteint de mutilation remontant à la première enfance n'aura jamais de membre fantôme comme les amputés adultes.

2°) *Les sensations et représentations visuelles,* d'une très grande importance en raison de l'extrême prépondérance du processus de visualisation chez l'homme normal. Mais elles ne sont pas indispensables, et l'aveugle les remplace par les kinesthésies pour constituer son schéma corporel.

3°) *Les muscles volontaires,* surtout par leurs modifications de tonus, influencent fort le Schéma corporel ainsi que le montrent de nombreuses expériences.

4°) *L'appareil d'équilibration vestibulaire,* dont Pierre Bonnier faisait le substratum de son « sens de l'espace », définissant la VIII[e] paire cranienne comme le nerf de l'espace.

Les malades qu'il nous décrit dans sa monographie du vertige ressentent des sensations d'allongement, de raccourcissement, des illusions de contact localisé et même des troubles psychiques plus complexes allant jusqu'au dédoublement de la personnalité. Comme nous sommes près, ici des malades de Cotard ! Tel vertigineux a la sensation que son corps se réduit à la tête, tel autre que, pendant ses crises, il n'est plus nulle part, que rien autour de lui n'est nulle part. Tous affirment que l'une des sensations les plus pénibles que confère le vertige se

trouve précisément dans cette altération du sentiment que nous tirons de notre propre corps.

Paul Schilder et Fisher obtinrent expérimentalement, par des épreuves d'excitation vestibulaire, des résultats analogues.

Les centres cérébraux de l'équilibration jouent aussi un rôle, ainsi que nous le montreront les études pathologiques du chapitre suivant et que le précisa le Professeur Delmas-Marsalet dans son article : « Lobe frontal et équilibre ».

Paragraphe III :

Discussion de la notion de Schéma corporel

Les notions que nous avons exposées se sont dès longtemps heurtées à la critique, et le dernier point que nous avons traité, entre autres, avait déjà attiré sur ce problème l'attention d'André Thomas dans son ouvrage : « Equilibre et équilibration ». Par la suite, dans un article intitulé : « L'image de mon corps », il a contesté l'existence même de l'image corporelle. Nous ne reprendrons pas ici son étude. Fondée sur des considérations cliniques, celle-ci reprend, en effet, point par point, les divers états pathologiques étiquetés : « Troubles du schéma corporel ». Aussi les arguments d'André Thomas gagneront-ils à être considérés chacun à leur place, au fur et à mesure de notre étude sur la pathologie de l'image de soi. Nous nous bornerons à consigner ici ses principales conclusions :

« L'image mérite véritablement ce nom lorsque l'objet qu'elle désigne surgit dans l'esprit sous une forme visible, audible, tangible, en dehors de toute afférence ou de toute sensation présente capable de la produire. Un air de musique, l'apparition dans la conscience d'un site, d'une personne, d'un objet, d'un mot sous une forme visuelle, le langage intérieur : voilà vraiment une image.

La soi-disant image de notre corps n'a pas cette propriété.

...Il est excessif de proclamer que les images conscientes ou le Schéma corporel sont indispensables à l'exécution de l'acte. On ne peut nier que, dans les centres nerveux, existe un organisme ou dispositif hautement perfectionné, tant du point de vue de sa texture anatomique que de son mécanisme physiologique, qui règle le jeu des afférences et des efférences, des automatismes... Mais comment affirmer qu'il devient présent à notre esprit ou que notre esprit s'empare de lui, dès que la décision est prise et que l'exécution commence ? »

CHAPITRE II

LA PATHOLOGIE DE L'IMAGE DE SOI

Paragraphe I :

Le membre fantome

On entend par ce terme l'illusion de présence d'un membre absent chez les amputés (membre fantôme chirurgical) ou la superposition intermittente d'un membre illusionnel au membre réel dans des cas de lésions neurologiques (membre fantôme neurologique).

A) Le membre fantome « chirurgical », très fréquent, très anciennement connu et étudié, est le type le plus net de trouble du Schéma corporel. Il confère au patient l'illusion intermittente d'une conservation complète de sa morphologie. Apparu quelques fois deux à trois semaines après la mutilation, il persiste des années (40 à 60 ans). Son apparition est doublement conditionnée. Il faut :

a) Que le développement intellectuel du sujet ne soit pas trop insuffisant ;

b) Que la mutilation soit parvenue à un âge assez avancé pour que l'image corporelle ait pu être construite.

Il est affecté d'un très vif sentiment de réalité, le malade voulant s'en servir, se comportant comme s'il craignait de le heurter aux objets qui l'entourent. Dans

quelques cas exceptionnels mais très instructifs, le mutilé soutient qu'il le voit réellement dans l'espace. Le plus souvent il n'a de son membre fantôme (dont il sent cependant la présence) qu'une image confuse ou incomplète, dépouillée, comme dans le rêve, de sa tonalité colorée.

Il y aurait beaucoup à dire à son sujet. Mais il ne nous intéresse ici qu'au point de vue doctrinal. En effet, il pose un important problème pathogénique pour la résolution duquel se sont heurtés, depuis Ambroise Parè et Descartes, médecins et philosophes. Dès l'origine, deux théories s'opposèrent :

1°) *Théorie périphérique :* c'est la théorie cartésienne selon laquelle le membre fantôme trouve la raison de son apparition et de son maintien dans l'excitation physiologique et l'irritation pathologique auxquelles sont soumises les extrémités sectionnées des nerfs du membre amputé. Weir-Mitchell, obtenant l'effacement du membre par cocaïnisation du moignon et sa réviviscence par faradisation, Muller montrant que, lorsqu'un tronc nerveux est irrité, l'effet est le même que si les dernières ramifications sont stimulées, apportaient à la théorie cartésienne des arguments scientifiques et Pitres affirmait que « jamais le membre fantôme n'est créé par le cerveau et que l'origine en est toujours dans une excitation périphérique ».

L'existence de membres fantômes par lésions des plexus nerveux et des racines rachidiennes appuyait cette conception que Leriche et Foerster firent leur, insistant sur l'importance des neurologiomes terminaux et l'effacement du membre par novocaïnisation. L'accent était alors donné plus particulièrement sur le Sympathique, « ce nerf de la cenesthésie ». Tout récemment, MM. J. Guillaume, Ivan Bertrand et G. Mazars, publiant une étude électroencéphalographique faite sur un cas de membre douloureux (amputé de 1914), traité et guéri en janvier 1945 par myélotomie commisusale..., ont singulière-

ment confirmé cette conception. Avant l'opération, en effet, les tracés montraient une *hypertonie corticale au niveau de la région pariétale homolatérale...* Ils étaient rigoureusement normaux après l'intervention.

Ainsi ces auteurs ont non seulement montré que la perception d'un membre fantôme douloureux est dû essentiellement à la projection corticale des stimuli nés au niveau des neurones lésés par la section nerveuse, le cortex ne jouant qu'un rôle d'interprétation et de représentation de la portion de l'image corporelle qui est le siège de stimuli anormaux et excessifs..., mais aussi que le cheminement peut se faire par les voies sympathiques, *non croisées.*

2°) *La théorie centrale* est née des insuffisances de la théorie précédente. Le malade classique de Charcot, qui, amputé de son bras gauche, ne le retrouvait complètement que dans le sommeil, amena le Maître de la Salpêtrière à penser que l'essence du phénomène est essentiellement d'ordre psychologique. Tout en reconnaissant la part périphérique, Albatucci insiste sur la part corticale et sur l'existence de ces membres fantômes habités par les mêmes douleurs qui occupaient le membre réel avant l'amputation (alliance trop serrée). Enfin, avec les précisions sur la notion de Schéma corporel, apparaissent de nouveaux arguments « centraux », fournis par Head, Pick, Schilder, Potzl, Katz, Riese, Menninger-Lerchental. Les membres fantômes créés par des lésions encéphaliques appuient singulièrement cette opinion, comme aussi la nécessité d'un certain degré d'intelligence. Et Leriche lui-même ne fut-il pas amené à écrire, commentant les échecs des opérations sympathiques ou médullaires, qu'il s'est plusieurs fois demandé « s'il ne faudrait pas, parfois, leur substituer l'excision des centre sensitifs du cortex ou chercher à agir sur les centres thalamiques ».

« Le membre fantôme qui représente la persistance d'une partie de notre Schéma corporel, n'est comme ce

dernier, écrit Lhermitte, qu'une construction de notre esprit basée sur des fondements physiologiques dont les éléments essentiels se trouvent dans la profondeur des circonvolutions cérébrales ».

3°) A vrai dire, facteurs organiques et conditions psychologiques participent tous deux à la génèse du membre fantôme, qu'ils peuvent peut-être arriver à faire naître seuls, mais qui ne trouve son parfait développement que grâce à leur coopération. Par exemple, comme le pense Thomas, la modification des afférences normales, libérant l'imagination du frein qu'exerce sur elle l'objectivité d'un membre présent, amène ainsi l'illusion du membre.

B) Le membre fantome « neurologique » peut être créé

a) *Par des lésions des plexus nerveux et des racines rachidiennes* : Traumatismes, polynévrites (surtout psycho-polynévrites à types de Korsakoff, comme ce malade de Lurje ayant deux bras mais trois mains dont l'une sort de l'articulation du coude), troubles radiculaires. Van Bogaert rapporte, à ce propos, le cas d'un vieillard opéré sous rachianesthésie pour fistule rectale et qui resta torturé par la sensation d'avoir constamment les jambes élevées, écartées dans l'attitude gynécologique (imposée pendant l'intervention), cela quel que soit la position qu'il donnât à ses membres réels et surtout quand il fermait les yeux. La rachi avait en somme réalisé une véritable amputation physiologique des membres inférieurs. A noter pourtant qu'à la différence des amputés qui croient à leur membre fantôme (hallucination), ce malade ressentait ces très pénibles sensations sans s'y tromper (hallucinose).

b) *Par des lésions de la moelle,* ainsi que l'avaient déjà montré les sections physiologiques de la moelle (myélite transverse, hématomyélie, ramollissement par thrombose artérielle) et que permirent de le préciser les sections

anatomiques complètes réalisées par les traumatismes de guerre surtout. Si, en principe, il n'y a, alors, plus aucune sensation, il arrive pourtant quelquefois que les blessés décrivent des attitudes inconfortables de leurs jambes (tordues, repliées sur elles-mêmes), une sensation de vide entre le pied et la jambe...., des déformations, des « caricatures » d'un fragment de leur Schéma corporel.

Ces membres fantômes sont donc morphologiquement différents de ceux que nous avons précédemment décrits. Ils le sont aussi dynamiquement : immobiles, incapables de tout mouvement illusionnel, ils ne peuvent être volontairement évoqués et n'apparaissent (sans règle fixe) qu'à certains moments de la journée, pour s'évanouir aussi capricieusement qu'ils ont surgi.

Dans la poliomyélite, dans le tabès, peuvent se rencontrer des phénomènes analogues.

c) *Par des lésions de l'encéphale.* Les observations sont assez rares, quoi qu'il soit théoriquement très compréhensible qu'une altération profonde des voies ou des centres de la sensibilité modifie l'image corporelle et suscite l'apparition.

Lhermitte apporte une observation intéressante de lésion bulbaire, Van Bogaert de lésion de la couche optique ; Hitzig et Wollenberg de lésion des voies vestibulaires, dans lesquelles furent notées des membres fantômes neurologiques. Si, comme nous le verrons, la corticalité est responsable d'autres troubles du Schéma corporel, elle peut aussi créer des membres fantômes. Dans l'aura épileptique, par exemple, surtout pour l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, il n'est pas rare que le malade ressente un arrachement, une ondulation serpentine, une tension d'un membre réel ou fantôme.

Enfin, la pathologie mentale nous ouvre ici un vaste champ d'étude. Menninger-Lerchenthal rapporte le cas d'une jeune schizophrène de dix-huit ans qui éprouvait d'abord le sentiment d'une transformation bizarre de son

corps. « Mon petit doigt est bien ici, disait-elle en désignant son médius, mais mon pouce est au-dessous... ». Puis poursuivant : « D'ailleurs, j'ai cent mains et cent pieds, j'ai déjà mille doigts... » (Cité par Lhermitte).

Le Syndrome de Cotard ne nous présente-t-il pas d'aussi curieuses transformations, et certaines descriptions du délire d'énormité ne rappellent-elles pas celles que des sujets mentalement sains font de leurs membres fantômes ? Cette ressemblance, nous le verrons, ne fera que s'accentuer dans les chapitres suivants lorsque nous considèrerons des troubles du Schéma corporel plus strictement corticaux.

Paragraphe II :

Troubles du Schéma corporel plus... « psychiatriques »

Nous allons étudier d'autres troubles du Schéma corporel en progressant de plus en plus de la Neurologie pure à la Psychiâtrie et en notant au fur et à mesure que nous les rencontrerons, leurs ressemblances avec les divers signes du Syndrome de Cotard.

A) L'anosognosie et l'hémiasomatognosie :

Nous avons vu dans le chapitre précédent des malades qui, malgré leur mutilation anatomique, possédaient un Schéma corporel apparemment intégral. Ici, au contraire, nous assisterons à une méconnaissance de l'image corporelle, réduite de moitié.

Ce sont Anton et Babinski qui, les premiers, ont attiré l'attention sur ces hémiplégiques gauches qui présentent souvent de grandes altérations de la sensibilité profonde et qui, surtout, ignorent d'une façon systématique et comme volontaire la paralysie ou la parésie de leurs membres. Si l'on demande au patient de lever ou de montrer son bras gauche, c'est le droit qu'il lève ou qu'il montre, et si on lui présente sa propre main gauche, il refuse de la reconnaître pour sienne et la prend pour

une main étrangère. Lui affirme-t-on qu'il est paralysé : « Mais non, répond-il, voyez donc ». Et il agite ses membres droits. Il semble que toute la moitié gauche de son corps ait disparu de sa conscience et de sa vie psychique.

Dans le syndrome d'Anton-Babinski, il y a en somme deux choses :

1°) *L'anosognosie* (Babinski), méconnaissance systématique d'une affection cependant évidente (paralysie) et refus par le sujet d'accepter la réalité de la perturbation dont il est atteint.

Quelquefois, il y a simplement indifférence de certains sujets pour une affection qu'ils ne méconnaissent pas absolument. On parlera alors d'*anosodiaphorie* (Babinski). A noter qu'il y a souvent une « tendance à la plaisanterie, au coq à l'âne, une sorte d'euphorie bien propre à étonner et s'apparentant à cette singulière « moria » que provoquent les lésions frontales du cerveau ».

2°) *Une mutilation du Schéma corporel :* ici, toute une moitié du corps a perdu son intégration dans la vie psychologique et apparaît comme véritablement séparée du reste de la personnalité physique du sujet. Il peut donc ne pas s'en soucier, mais aussi la qualifier faussement, en retirer comme une impression douloureuse ou gênante, en attribuer la propriété à autrui. C'est l'*hémiasomatognosie* (Lhermitte).

Ces deux composantes du syndrome d'Anton-Babinski peuvent avoir aussi, l'une sans l'autre, une existence propre. Les deux observations qui suivent, en particulier, nous montreront :

— La première : un tableau net d'hémiasomatognosie pure, sans que la malade n'ait à aucun moment nié ou ignoré son hémiplégie.

— La deuxième : l'installation progressive, sous nos yeux, d'une hémiasomatognosie.

— Toutes deux : que le syndrome d'Anton-Babinski, l'anosognosie, l'hémiasomatognosie peuvent survenir fort

bien chez des hémiplégiques droits, alors que les classiques avaient tendance à les décrire uniquement dans les hémiplégies gauches.

OBSERVATION VI

(*Déjà publiée par MM.* Delmas-Marsalet, Faure et Bannel *dans le Journal de Médecine de Bordeaux novembre* 1945)

Il s'agit d'une femme de 69 ans, hypertendue artérielle depuis un an (mouches volantes, doigts morts, bourdonnements d'oreille). En janvier 1944, ictus suivi d'*hémiplégie droite* et d'aphasie transitoire qui disparaît rapidement et n'existe pratiquement plus lors de l'examen, sauf une légère aphasie à type amnésique (la malade est incapable de retrouver le nom de la rue où elle demeure). Ses antécédents ne révèlent rien, sauf quelques troubles sensitifs passagers du membre inférieur droit depuis un an.

A l'examen, le 12 février 1944, l'étude de la motricité met en évidence un déficit droit, tant actif que passif, avec quelques syncinésies. Les réflexes sont vifs à droite, le cutané plantaire est en extension du même côté. L'examen céphalique montre une parésie faciale droite discrète. Par contre, l'étude des sensibilités est riche en renseignements :

1°) *Analyseurs tactiles :*

Qualité : diminués à droite, abolition du tact ; diminution et retard de perception pour les autres sensibilités.

Intensité : Les différences sont ressenties pour la piqûre, mais pas pour le poids.

Extensité : La malade indique l'endroit piqué à droite, si le membre est préalablement repéré par la vue, mais si celui-ci est déplacé, la malade cherche longuement avant de montrer l'endroit piqué.

Le cercle de Weber est augmenté (10 cm.).

Elle a perdu la notion de situation de ses membres.

2°) *Hylognosie* : déficit léger.

3°) *Stéréognosie* : abolie.

4°) *Schéma corporel* : Pendant quelques jours, la malade a présenté une sensation d'allongement du côté droit, suivie

actuellement d'une sensation de raccourcissement. Elle a perdu la notion de situation du membre droit. Elle localise bien la piqûre du doigt intéressé, mais ne peut le retrouver si on le déplace. L'épreuve de la couverture est positive.

Le reste de l'examen est négatif. T. A. 20-8, indice 5.

A aucun moment la malade n'a nié ou ignoré son hémiplégie. Donc, simple hémiasomatognosie.

OBSERVATION VII

(Inédite) *due à l'obligeance du docteur* Bannel

Il s'agit de M. R. G..., 42 ans, qui entre à l'hôpital Saint-André en septembre 1945, dans un service de chirurgie, pour pleurésie purulente. On draîne sa pleurésie et trois semaines après, alors que le drain fonctionne bien, le malade présente une crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne droite, suivie d'une parésie de la jambe droite. Examiné à ce moment-là au point de vue neurologique, il présentait :

A droite : Grasset-Gossel, Barré positifs.

Abolition des réflexes. Pas de signe de Babinski.

Au point de vue sensitif, simplement une abolition du sens de position des orteils.

— Le lendemain on trouve :

— Une parésie faciale droite typique ;

— Une hémiplégie droite intéressante surtout par les signes sensitifs. En effet, la perception de la piqûre, de la chaleur, et du tact sont conservées, mais le malade est incapable d'indiquer l'endroit touché quand on lui demande de le montrer avec le doigt... Il repère d'abord son membre avec les yeux, puis, après de nombreuses hésitations, il ne peut qu'indiquer très approximativement avec le doigt l'endroit piqué. Si, après repérage par la vue, il essaie de retrouver son membre les yeux fermés, cela lui est impossible, lorsque celui-ci a été déplacé. Par ailleurs, il présente de l'astéréognosie et de l'ahylognosie.

— Pas d'aphasie.

— Somnolence, mais pas de trouble psychique.

On porte le diagnostic d'encéphalite au début.

— Le troisième jour, le malade a présenté une nouvelle crise d'épilepsie. Il est subcomateux. On porte le diagnostic

d'abcès du cerveau et l'on décide de l'opérer, tandis qu'état général et état psychique s'aggravent considérablement.

Intervention: trépanation pariétale. A l'incision de la dure-mère, le cerveau est tendu et fait hernie. On ponctionne au trocard de Cushing, sans sentir de coque. Mais à trois centimètres de profondeur, on a l'impression de tomber dans une cavité. Effectivement, le mandrin enlevé, un pus crémeux et inodore s'écoule spontanément. On évacue 30 cm3 et l'on injecte à la place 70.000 unités de Pénicilline.

Aussitôt après l'intervention, le malade répond aux questions par monosyllabes et déclare qu'il se sent mieux. Exitus le lendemain.

Cette observation nous amène à étudier l'anatomie pathologique du Syndrome d'Anton-Babinski et de ses composantes. Toutes les observations semblent concourir à localiser la lésion dans la région du lobe pariétal, du gyrus angulaire et du pli courbe. Surtout à droite mais, nous venons de le voir, pas exclusivement.

Dès longtemps, cependant, l'existence de gros troubles des sensations profondes amenèrent les chercheurs à étudier la région thalamique, sur laquelle Van Bogaert met un accent particulier. Certes, il est sûr que le thalamus n'est pas atteint dans tous les cas et que de grosses lésions, localisées à la couche optique ne s'accompagnent souvent pas de troubles du Schéma corporel. Cependant pour reproduire expérimentalement l'Anosognosie chez l'homme, Hoff a dû non seulement réfrigérer par voie transcutanée (chez des trépanés) le lobe pariétal, mais aussi combiner à ce procédé d'irritation une injection intra-veineuse d'Atophanyl dont le rôle serait de bloquer la couche optique.

Aussi, tout en insistant sur les lésions des deux régions : pli courbe et gyrus angulaire, entourant le sillon pariétal, peut-on dire que le rôle déterminant semble être joué par le « couple thalamo-pariétal ».

Ainsi, ces gros troubles du Schéma corporel, dont la clinique est si particulière, auraient un substratum anatomique bien déterminé. Et l'on pourrait décrire un syn-

drome pariétal, dans lequel interviendraient, à côté de troubles sensitifs et moteurs, des perturbations de l'image corporelle. C'est ainsi que Hecaen et David publièrent tout récemment une observation intitulée : « Syndrome pariétal traumatique avec asymbolie tactile et hémiasomatognosie paroxystique et douloureuse ». De ce blessé de la campagne de France (août 1944) nous retiendrons, outre la localisation des lésions sur le lobe pariétal *gauche,* l'extrême anxiété qui ne cessa d'accompagner son hémiasomatognosie, ce qui nous éloigne du tableau classique... et nous rapproche des malades de Cotard. Enfin, il existait de gros troubles vestibulaires, souvent notés aussi par Van Bogaert et André-Thomas.

A vrai dire, pourtant, ainsi que le pense Lhermitte, il semble qu'il soit prématuré de vouloir trop exclusivement « enfermer le Schéma corporel, considéré en soi-même, dans des limites fixes ».

Pour André-Thomas, non seulement il ne suffit pas d'évoquer la lésion pariétale, mais même les « troubles du Schéma corporel » ne suffisent pas à rendre compte de l'anosognosie. « Admettons, dit-il, que le malade soit privé de la représentation ou de la notion de son côté gauche... mais alors il en a perdu le souvenir, car il se comporte comme si le côté gauche n'avait jamais existé. Bien plus, tel malade voit son côté gauche et le nie encore. *C'est une vraie négation* de l'hémicorps gauche. Ne peut-on pas envisager un trouble de la conscience morbide ? »

« *L'élément psychique existe d'ailleurs toujours* », ajoute-t-il, citant la malade de Barré qui, dans sa « persévération négative » reste euphorique, réjouie, fait des coqs-à-l'âne, comme si la perte de la moitié gauche de son corps était un bon débarras..., et le malade de Joltrain excessivement loquace, à l'attention diminuée et présentant des tendances anxieuse et érotique.

Et encore : « Dans quelques cas même, le trouble psychique confine au délire : la négation du côté gauche est

entachée d'énormité, le côté gauche est détaché du corps et appartient à une autre personne couchée près du sujet (Bianconi). Le malade de Lhermitte sent planer, la nuit, une main sur sa poitrine et estime que c'est là une farce que lui fait un de ses voisins. Le malade de Potzl compare sa main paralysée à un serpent mort.

Interprétations plus ou moins imaginatives greffées sur l'ignorance, l'indifférence, la négation, les modifications affectives ; tout cela donne à réfléchir davantage, à propos des malades qui n'ont perdu qu'une partie de leur moitié gauche ».

Voilà donc formulé clairement le problème que ce travail voudrait poser. Déjà, nous voyons qu'on peut penser, comme André-Thomas, qu'il y a dans l'anosognosie autre chose qu'un simple trouble neurologique, une réduction de l'image corporelle, et de réels troubles psychiques avec des idées délirantes. Inversement, on conçoit fort bien que les troubles du Schéma corporel qui donnent (seuls ou pas) le tableau de l'anasognosie peuvent entrer comme composantes dans bien d'autres maladies mentales, et en particulier le Syndrome de Cotard dont les deux grands éléments, négation et énormité, se retrouvent ici.

Les remarques d'André-Thomas ne sont pas uniques, comme n'est pas absolument nouvelle l'idée que nous envisageons dans ce travail. A vrai dire, il a été souvent noté que nous sommes ici « à la couture de l'âme et du corps ». Ce sentiment d'étrangeté, de dépossession de certaines parties du corps est un symptôme courant dans les états hypocondriaques. Il est aussi un signe important du Syndrome de Cotard.

Cependant, c'est à Ehrenwald qu'il revient d'avoir démontré, grâce à deux observations, comme il était facile de passer de l'un à l'autre de ces états et comme un malade de neurologie pouvait, par cette porte, entrer de plain-pied dans la psychiâtrie. Résumons-les :

OBSERVATION 1

Jeune fille de 28 ans. Hémiplégie par tumeur cérébrale

Puis elle nie sa menstruation, ne reconnaît pas les linges sanglants comme les siens, ignore d'où viennent les taches dans ses draps. *Pas d'autres troubles mentaux.*

Ultérieurement, elle développe des *idées de négation* : tout son corps est pourri..., plus tard elle déclare que son corps a disparu entièrement.

OBSERVATION 2

Femme de 33 ans. Hémiplégie gauche

Nie sa menstruation. Comportement puéril.
Ne parle plus d'elle qu'à la troisième personne.

Dans les deux cas, il s'agit du même processus, surtout net dans la première observation et que schématise le tableau suivant (d'après Van Bogaert) :

Incident organique : *hémiplégie*

↓

Exclusion brutale de la reconnaissance de la fonction menstruelle, c'est l'*anosognosie* ou « dépersonnalisation partielle »

(Secondairement) : ↓

Modification de l'état mental (Syndrome de Cotard dans le premier cas) aboutissant à une dépersonnalisation totale

Cette remarque est d'un très grand intérêt doctrinal : « Une réaction du type psycho-pathologique le plus caractérisé est née autour d'une fissure neurologique localisée aux secteurs pariétaux ».

Ici, certes, la fissure était grossière et restait encore parfaitement visible, même quand le tableau psychopathologique a envahi la scène. Mais on peut fort bien imaginer que des résultats semblables puissent être ob-

tenus à partir d'une fissure moins nette, voire inapparente. Van Bogaert pense qu'une intoxication, par exemple, peut réaliser cette fissure minime. Et ce que Rouhier nous apprend de l'ivresse peyotlique, les gros troubles du Schéma corporel, les négations, les énormités passagères qu'elle amène chez les sujets se donnant à la « plante qui fait les yeux émerveillés », tout cela nous permet d'appuyer fortement cette conception.

Ainsi, en bien des points, se comble déjà le fossé neuro-psychiatrique. Si l'anosognosie et l'hémiasomatognosie ont apporté à notre étude un grand nombre d'éléments, nous verrons que les autres troubles du Schéma corporel que nous allons envisager, nous rapprocheront davantage encore du Syndrome de Cotard.

B) L'asomatognosie totale

C'est l'évanouissement complet de l'image corporelle. Mieux que toute description théorique, nous rapporterons ici « in extenso » l'observation de la malade de MM. Leroy, Deny et P. Camus, vue par Lhermitte dans le service du Professeur Gaston Deny à la Salpêtrière. Elle est d'une grande importance par les questions doctrinales qu'elle pose.

OBSERVATION VIII

Il s'agit d'une femme de 47 ans, *anxieuse,* très émotive, sujette à des crises de nerf, dont chacune est marquée par un épisode de confusion mentale suivi d'amnésie. A la suite de la dernière crise, la malade dont la lucidité et la patience étaient redevenues normales, fait part d'un trouble étrange qu'elle ne comprend pas et dont elle explique difficilement les diverses particularités : Je suis atteinte, dit-elle, d'une insensibilité générale ». « Je ne me sens plus comme autrefois ; je ne sens plus mes membres, je ne sens plus ma tête, je ne sens plus mes cheveux. Il faut sans cesse que je me touche pour savoir comment je suis. *Il me semble que tout mon corps est changé, parfois c'est comme s'il n'existait plus.*

Quand je touche un objet, cela fait comme si ce n'était pas moi qui sens. *Je ne suis plus comme j'étais.* Je ne puis pas me retrouver, je cherche à penser et je ne peux pas me représenter. C'est affreux, cette insensibilité là ; çà me fait comme un vide ».

Tandis qu'elle parle, la malade se gratte le corps, se touche la tête, les épaules, le cou, se tire les cheveux, garde toujours sa robe entr'ouverte afin de pouvoir, à tous moments, palper sa poitrine. Elle est insensible au chaud et au froid, et le professeur Lhermitte la vit dans la pleine rigueur de l'hiver se frappant la poitrine, se tirant les seins en disant : « *Non, je n'ai plus de corps, je suis comme morte* ». Au lit, elle ne se rend plus compte de la position occupée par ses membres et doit les mouvoir, les frotter l'un contre l'autre pour les sentir et reconnaître leur situation. Elle ajoute : « Je ne sais pas comment je suis dans mon lit, je cherche mon corps, mes jambes ; le matin je me demande comment la nuit s'est passée ».

Lorsque sa bouche est close, la malade ne retrouve plus sa langue, elle la croit située dans le fond de sa gorge.

Le sentiment de déréalisation ne se limite pas à la propre personne de la malade, mais s'étend à l'entourage : « *Le monde, poursuit-elle, me paraît changé.* Les personnes et les choses me font l'effet de fantômes comme si elles n'étaient pas réelles. Quand mon mari et mes enfants viennent, ils ne me semblent pas aussi réels qu'autrefois. Je les reconnais cependant ».

Il n'est pas jusqu'aux souvenirs et aux représentations qui ne soient altérés dans ce sens : « Je ne peux plus m'imaginer la figure de mes parents ni l'intérieur de ma maison, ni les endroits que je connais le mieux ».

Intelligence, critique, conscience de l'état morbide sont normales.

Mais aussi, *anxiété extrême,* tristesse, douleur morale insupportable amenant la malade à plusieurs tentatives de suicide.

Examen somatique normal (sauf pour le Schéma corporel) : toutes les sensibilités, tous les organes des sens répondent normalement. A noter seulement que, bien que la malade reconnut exactement la sensation de la piqûre, *les excitations douloureuses nociceptives n'entraînent que peu de réactions.* Ainsi, le pincement violent de la peau ne déterminait pas de retrait du membre excité ; à plusieurs reprises, des furoncles ont dû être ouverts au thermocautère sans que

la malade réagit, bien que la vue de l'appareil ait provoqué une légitime émotion.

(Il s'agirait peut-être de ce que P. Schilder nomme « l'Asymbolie pour la douleur » : les patients ont perdu la notion de la valeur protectrice de toute excitation douloureuse).

Prenons cette observation isolément, en la soustrayant au chapitre dans lequel nous ayons été amené à l'envisager. N'a-t-on pas vraiment l'impression d'avoir lu la description d'un magnifique Syndrome de Cotard ? Et si, voulant pousser au-delà d'une impression première, nous faisons une analyse serrée des divers traits de cette malade, que trouvons-nous ?

D'abord un terrain névropathique, une émotivité exagérée et une habituelle anxiété. Puis, sur ce terrain, l'apparition subite d'un « trouble étrange » que la malade définit par diverses expressions parmi lesquelles nous relevons celles-ci : « Tout mon corps est changé..., je ne suis plus comme j'étais..., je n'ai plus de corps..., je suis comme morte..., le monde aussi me paraît changé... »

Toutes ces expressions, nous les avons décrites dans notre première partie et plusieurs fois retrouvées dans les observations du Syndrome de Cotard que nous avons publiées. Mais il y a plus qu'une ressemblance d'état et une concordance de termes. Il y a l'*anxiété extrême* qui étreint la malade, il y a de véritables *auto-mutilations* (en plein hiver, elle se promène nue, tire violemment sur ses seins, se frappe la poitrine à grands coups), il y a enfin plusieurs *tentatives de suicide*... tous éléments sur lesquels nous avons longuement insisté dans notre première étude.

Certes, il n'y a pas ici d'auto-accusation, d'idée d'indignité..., il n'y a pas de délire d'immortalité..., il y a la conservation du jugement, de la critique. Mais le délire d'immortalité est souvent tardif dans le Syndrome de Cotard et n'est nullement nécessaire au diagnostic..., les idées d'indignité et les auto-accusations peuvent n'être parfois, nous l'avons dit, que des explications de l'état

pénible dans lequel la malade se trouve : elles sont alors secondaires. Enfin, n'avons-nous pas souligné aussi qu'à côté des délirants absurdes et incohérents, certains malades de Cotard ont un délire parfaitement systématisé, « voient leur mal, le raisonnent, l'expliquent, cherchent à convaincre, à se faire plaindre, s'animent contre leurs contradicteurs » (Luys). Et nous avions aussi noté chez une de nos malades que « le jugement ne semblait pas diminué, mais perverti ».

Il est net pourtant, que cette malade est, psychiquement, au-dessus de celles que nous avons cotoyées dans notre première partie. Mais il paraît cependant très facile de passer de celle-ci à celles-là...

Au reste, l'interprétation même de cette observation, telle que la présentèrent E. Bernard-Leroy, G. Deny, P. Camus, mettait primitivement l'accent sur des troubles cénesthésiques (si souvent invoqués dans la pathogénie du Syndrome de Cotard). C'est Bonnier qui, s'attaquant à la notion de cénesthésie, parla d' « Ashématie », et Lhermitte n'hésite pas à en faire un trouble extrême du Schéma corporel : *l'Asomatognosie.* Il est net, en effet, que « ce qui fait défaut ici, c'est expressément la *représentation du moi physique,* l'appréciation des positions qu'occupent dans l'espace ses multiples segments, enfin le *sentiment d'appartenance au moi* ». Il existe pourtant, entre l'asomatognosie totale et l'hémiasomatognosie des anosognosiques de Babinski, autre chose qu'une différence de degré : cette angoisse extrême, cette intolérable douleur morale qui s'oppose à l'habituelle indifférence des anosognosiques.

Acceptons l'explication de Lhermitte. Il n'en reste pas moins qu'asomatognosie et troubles cénesthésiques s'associent ici pour créer, sur un fond névropathique préexistant, un important désordre neuro-psychique mettant les malades dans un état mental très voisin de celui qui caractérise le Syndrome de Cotard, avec certainement de grandes facilités de passage de l'un à l'autre.

C) L'Héautoscopie

On entend par héautoscopie (« se voir soi-même ») une *émancipation de l'image corporelle.* L'image de notre corps, en effet, peut « s'émanciper complètement ou mieux se dédoubler d'une image similaire qui se présenterait alors au sujet comme un « double de lui-même »..., avec un sentiment de réalité si fort que le sujet cherche à toucher cette image, à lui parler... qu'il va même jusqu'à lui tendre la main, la frapper sur l'épaule » (Lhermitte). On emploie aussi l'expression moins bonne, « d'hallucination spéculaire » (comme si le sujet se voyait dans un miroir).

Etude clinique : Ce curieux phénomène n'est pas rare. La littérature elle-même nous en offre de nombreux exemples : c'est Goethe qui se vit lui-même venir à cheval à sa propre rencontre ; c'est Musset, avec « l'étranger vêtu de noir », de la nuit de décembre ; Maupassant, auquel, une nuit, son double dicta « Le Horla » ; Gabriele d'Annunzio, qui, à la suite d'un accident d'aviation, voit son image lui apparaître « comme dans un miroir ». Il existe aussi dans le commun des mortels bien des sujets considérés comme normaux qui ont assisté ainsi à une émancipation de leur image corporelle. K. Menninger-Lerchenthal en rapporte de nombreux exemples : lui-même, alors qu'il rentrait chez lui, fatigué et à moitié endormi, se vit au premier étage puis dans l'embrasure de sa fenêtre..., même phénomène chez un chimiste de ses amis, l'historien Belius, le Professeur Taubmann. Lhermitte cite l'auto-observation d'un médecin averti et au sens critique avisé, qui vit un jour apparaître sans raison, dans le corridor d'une maison où il pénétrait pour la première fois, sa propre image. En vérité, c'était lui-même réflété dans une glace. Depuis cet incident, le phénomène héautoscopique se reproduisit plusieurs fois, au crépuscule, alors qu'il se trouvait dans sa propre maison.

Nous-même avons recueilli récemment de la bouche

d'un jeune médecin de nos amis la narration d'une héautoscopie analogue. Un soir qu'étendu dans son lit et venant d'éteindre la lumière, il se disposait à s'endormir, il eut tout à coup l'impression très vive que quelqu'un était couché derrière lui. Comme il se retournait, il se vit lui-même étendu à ses côtés. L'hallucination spéculaire dura quelques secondes à peine et disparut, lui laissant un grand trouble, pour ne jamais se reproduire. Il insistait, comme tous les sujets précédemment cités, sur cet intense sentiment d'appartenance qui se dégage du double, ce que le chimiste de Menninger-Lerchenthal appelait « la sensation d'être hors de soi-même ». Ce sentiment si vif d'appartenance, c'est la chose principale qu'il nous faut retenir de ces quelques faits, avec leur apparition fréquente (mais non constante) au cours de l'endormissement, de la « prédormitio », de songeries ou de rêvasseries. Sollier cite même le cas d'une jeune fille qui passait insensiblement de l'image au rêve vrai. En outre, il faut noter que le double est parfois doté de quelques attributs étrangers au sujet au moment où l'hallucination se réalise (Goethe, à pied, se voyait monté sur un cheval, le chimiste de Menninger-Lerchenthal, coiffé d'un haut de forme ; Musset, vieilli de vingt années). C'est même en ce sens que le terme d'hallucination spéculaire est contestable.

Dans le domaine de la Pathologie (les études précédentes nous ayant montré que les troubles de l'image de soi se trouvent en corrélation étroite avec des modifications anatomiques des centres nerveux supérieurs), on s'attendrait à trouver des manifestations héautoscopiques dans les *lésions cérébrales en foyer*. Or, il n'en est rien. Lhermitte confesse qu'à l'exception des cas d'épilepsie, on ne trouve qu'une observation d'Engerth et Hoff. Encore celle-ci ne décrit-elle pas une héautoscopie pure. Cet hémianopsique gauche était, dans la partie aveugle de son champ visuel, poursuivi par des hallucinations cinématographiques, se croyant accompagné par un personnage

qui se tenait toujours sur son côté gauche et tout près de lui. Ce n'était donc pas exactement son double puisqu'il n'y avait pas reconnaissance ou sentiment d'appartenance. Mais il se sentait attaché à lui par des liens affectifs tels que l'on peut « considérer cette manifestation comme très voisine de l'héautoscopie ». En somme les lésions pariétales, par exemple, donneraient plutôt une amputation qu'une émancipation de l'image corporelle.

Les épileptiques, en revanche, fournissent un si grand nombre de manifestations héautoscopiques que Lhermitte se demande même si le phénomène autoscopique, survenant à titre isolé chez un sujet prétendu sain, ne devrait pas être tenu pour une expression anormale de l'épilepsi. Et il insiste, en particulier, sur de nombreux exemples de *transfert de la crise épileptique du sujet à son double.* Il se produit souvent, en effet, une « extériorisation des mouvements et des attitudes forcés et imposés par la crise épileptique. L'image du double s'agite, se convulse exactement comme le fait un épileptique sans pour cela que notre sujet fasse aucun geste anormal ». De même, Féré cite un épileptique qui, présentant à la suite d'un accès convulsif une hémiplégie post-paroxystique droite, s'écrie (dans la période confusionnelle ou crépusculaire qui lui fait suite) : « Donnez-lui une cigarette, allumez-la, le malheureux n'a pas de main droite... Frottez-lui la main, çà picotte dans les doigts »... Ce qui nous rappelle les malades de Pick.

Ce transfert serait comparable à celui qu'on trouve dans le rêve et sur lequel Freud et les psychanalystes ont mis l'accent. Il arrive, en effet, dans le rêve, que l'on soit placé « en face d'une personnalité qui n'est pas la vôtre et qui est pourtant chargée des sentiments qui vous animent »... et de vos troubles physiques (rôle certain des cénesthésies).

Les intoxications, enfin, réalisent fréquemment le phénomène héautoscopique : la cocaïne, la morphine, l'al-

cool (Musset, Edgar Poë sont des exemples célèbres en particulier). Le peyotl surtout donne, à côté d'autres gros troubles du Schéma corporel, de très riches hallucinations autoscopiques..., témoin ce peintre anglais, sujet d'Havelock-Ellis, qui — en ivresse peyotlique — voulant porter à ses lèvres une cuillerée de café, vit son bras séparé de son corps, qui lui servait du café en ayant l'air de sortir d'un espace sombre et indistinct.

Les infections : grippe, typhus (sans doute par l'intermédiaire du labyrinthe, souvent atteint chez ces malades), syphilis, etc..., peuvent également en produire.

Notons enfin que l'héautoscopie se rencontre dans toutes les psycho-pathies, le Syndrome de Cotard en particulier, mais surtout dans la Schizophrénie. Elle trouve, en effet, dans la concentration en soi de ces malades, un terrain de prédilection.

Explication : Quoique ce fait ne soit pas absolu, il est notable que l'héautoscopie se réalise la plupart du temps à la faveur d'un obscurcissement de la conscience. Chez certains sujets on peut même parler d'hallucination psychique, l'original et le double semblant se comprendre par une sorte de truchement spirituel. « Ce n'est pas par les yeux du corps que j'ai vu cette image de moi-même, mais par les yeux de l'esprit », disait Goethe. Et l'on pourrait alors assimiler certaines visions spéculaires aux représentations et aux images qui font la trame de nos rêves.

Mais certaines observations de sujets à l'état de veille en particulier, nous donnent davantage et P. Sollier faisait de l'héautoscopie une projection au dehors du corps des *sensations cénesthésiques* qui en sont issues, d'où cet important sentiment d'appartenance dégagé par le double.

Il n'est pas douteux, cependant, que l'apparence visuelle entre souvent en jeu aussi et qu'il y ait alors davantage qu'une objectivation du sentiment de la cénesthésie. Il s'agirait de phénomènes beaucoup plus complexes dans lesquels « sont engagés tout ensemble la représentation de l'image de notre corps et le sentiment qui y est attaché ». A l'émancipation de notre image corporelle (comme à son édification et à son maintien) coopèrent des éléments d'ordre divers : visuels, kinesthésiques, cénesthésiques et postural. Et c'est « l'attitude réflective, l'habitude de l'introspection, la contemplation de soi-même, le repli sur soi-même (chagrin), l'assoupissement de la veille ou de la période de l'endormissement, qui permettent la libération des images en même temps que la dissolution du schéma de notre personne physique ».

Conséquences : Que la reconnaissance du double puisse conduire le malade à la dépersonnalisation ou, au contraire, au dédoublement de la personnalité, on le conçoit aisément. Il est une autre conséquence plus inattendue : *la possession démoniaque.*

A la réflexion, d'ailleurs, cette conséquence découle logiquement de la naissance du double. Dans sa belle étude du « Délire de possession diabolique », Gueyral, faisant l'analyse des diverses théories, montre le rôle joué par le dédoublement de la personnalité, nécessaire à la reconnaissance de l'emprise, de l'influence, qu'est la possession. Un de ses malades disait : « Mon être apparaît comme scindé en deux : l'être qui juge et qui porte amour et respect à tout, et l'être jugé qui se dégrade petit à petit ».

Lhermitte nous offre une magnifique observation (celle de la jeune Sibylle) de passage de l'héautoscopie à la possession démoniaque. De cette très longue histoire,

nous ne pouvons, hélas ! extraire ici que quelques traits. Ils nous suffiront pourtant à comprendre le chemin suivi :

OBSERVATION IX

Encéphalite épidémique à 11 ans. Guérie somatiquement, mais troubles de l'humeur et du caractère qui nécessitent son internement à 16 ans. A 23 ans, elle sort de l'asile, améliorée, pour essais de réadaptation familiale. Intelligence, affectivité, critiques normales.

Dans le jour, rien à signaler, sinon des crises de narcolepsie avec onirisme. La nuit, transes singulières se manifestant avec une constance remarquable, mais exclusivement lorsque la malade va s'abandonner au sommeil (*prédormitio*). *La malade voit son double,* une image d'elle-même qu'elle définit comme une « image assez floue tenant à la fois du corporel et du spirituel, et faite d'une sorte de matière et d'une espèce d'esprit ». Ce double, qu'elle nomme aussi « corps astral » n'est pas seulement l'image détachée de soi, c'est une réplique de l'âme de Sibylle.

Elle assiste à l'échappement, au vol, au rapt, au viol de son double, assaillie par des sensations voluptueuses contre lesquelles, en vain, elle se débat.

Bientôt, elle interprète ces prises de possession, ces empreintes lascives comme l'œuvre du démon, qu'elle arrive à sentir près d'elle et dont elle perçoit la présence sous la forme de différents substituts ou symboles.

Par exemple, l'apparition d'un zona sera ainsi interprétée : « La nuit, le diable me gratouillait avec ses ongles crochus et je souffrais ». Eclaircie sur son mal le lendemain, et reconnaissant qu'elle a simplement une éruption zostérienne, elle dira pourtant la nuit suivante : « Le démon m'a dédoublée, puis il m'a rendu mon âme par morceaux tout brûlants. Je souffrais lorsque mon double se recollait sur mon zona terrestre..., j'entendais comme une sorte de grésillement ».

Nous n'avons pas l'intention de prétendre qu'entre le délire de possession diabolique de Sibylle (état de confusion mentale, d'onirisme) et celui des malades de Cotard, il y a absolue similitude. Mais il convenait certainement de noter ce voisinage.

Il y a voisinage plus net encore dans deux autres phénomènes héautoscopiques que nous envisagerons très brièvement : l'héautoscopie interne et l'héautoscopie négative.

L'HÉAUTOSCOPIE INTERNE, dont l'existence est très discutée (SCHILDER la raye d'un simple trait de plume, MENNINGER-LERCHENTHAL la tient pour digne d'examen, LHERMITTE ne l'accepte que sous réserve), est la vision par certains sujets de leurs propres organes : reins, foie, poumons, estomac, intestins, organes génitaux internes, seins, cerveau, cœur et vaisseaux, muscles, articulations (SOLLIER).

Comment se fait la vision ? Tantôt elle est intérieure (il semble au sujet regarder et voir le corps de dedans), tantôt elle s'extériorise (l'un voit ses viscères comme dans une glace, l'autre prétend qu'il s'examine par transparence).

Nous sommes aussi très sceptiques sur cette « soi-disant héautoscopie interne », d'autant que les malades, en général, ou bien font des descriptions très imparfaites de leurs viscères, ou bien ne les peuvent exactement décrire qu'après avoir eu entre leurs mains des ouvrages d'anatomie. Pourtant, il est possible d'admettre qu'une telle objectivation cénesthésique puisse se réaliser. Dans le cas de Gabriele d'Annunzio (décrit dans son « Notturno » avec un grand luxe de détails) se mêlent héautoscopie simple, héautoscopie interne, sensations d'énormité d'organes, troubles du Schéma corporel très nets.

« Ma vie déborde, je vois les circonvolutions de mon cerveau nettes comme une planche d'anatomie physiologique à l'usage des étudiants. Je distingue toutes les ramifications de l'arbre vasculaire... Tout d'un coup, j'ai un corps immense. Tout mon corps semble s'aérer... Mon corps est diaphane..., le squelette m'apparaît avec autant de précision que dans un dessin macabre d'Albert Dürer. Je compte les côtes et les vertèbres. Le mince réseau des

nerfs est couleur de rouille... Mon œil est triste, là, sur la table, près d'un cendrier, comme une de ces pièces anatomiques artificielles et colorées que depuis des années un garçon époussette et que le professeur manipule en faisant la leçon aux étudiants blasés ».

Cette immensité, cette diaphanéité du corps ou des organes, ne les avons-nous pas notées dans le Syndrome de Cotard ? Et lorsque ces malades décrivent leur immensité organique avec tant de précision, ou affirment manquer de tel ou tel viscère, n'est-ce pas à la suite d'une mystérieuse héautoscopie interne ?

Par héautoscopie négative, on entend l'imperception soudaine de son propre corps dans le miroir qui, physiquement, le reflète. Dans son « Horla », Maupassant, déjà malade, nous en donne la plus belle expression : « On y voyait comme en plein jour, et je ne me vis pas dans la glace. Elle était vide, claire, profonde, pleine de lumière. Mon visage n'était pas dedans... »

Il existe d'autres observations analogues, mais elles sont rares. Le plus souvent disparaît moins la perception de la forme et des contours de celui qui se mire dans la glace, que le sentiment d'appartenance de l'image réfléchie. C'est ce que l'on note fréquemment chez les Schizophrènes (« signe du miroir »), soit qu'ils aperçoivent leur visage si déformé par le miroir qu'ils ne le reconnaissent plus, soit qu'ils perdent seulement le sentiment d'appartenance de l'image.

Ne peut-on pas se demander si les malades de Cotard qui, mis en face d'une glace, persistent dans leur délire et s'écrient : « Vous voyez bien que je n'ai pas de langue »..., ou « que ma tête est immense », ou encore « Vous voyez bien que je n'existe pas », ne seraient pas sujets à un phénomène analogue ?

TROISIEME PARTIE

EFFORT DE SYNTHÈSE

Sommaire : *Divergences* :

Circonstances de l'apparition,
Substratum anatomique,
Fond mental.

Convergences :

Symptomatologie,
Composantes.

Révision du Syndrome de Cotard

Surtout dans sa pathogénie.

CHAPITRE PREMIER

DIVERGENCES

Paragraphe I :

Circonstances d'apparition

Le Syndrome de Cotard apparaît généralement sur un état dépressif préexistant, sur un fond de tristesse et d'anxiété. L'hérédité vésanique, les préoccupations hypocondriaques, des accès mélancoliques, la tendance à l'introspection sont des antécédents très fréquents chez ces malades, souvent séniles ou préséniles. Notons cependant qu'il peut apparaître primitivement chez des sujets qui n'avaient présenté jusqu'ici aucun trouble mental : le docteur Got, dans sa thèse, en fournit une observation.

Les troubles du Schéma corporel s'installent, eux, chez des sujets normaux, soit à la faveur d'un trouble somatique (amputation, lésions neurologiques diverses), d'une infection ou d'une intoxication, soit — sans raison apparente — à la faveur de cet état d'endormissement, intermédiaire entre le sommeil et la veille.

Cependant, il faut remarquer qu'une circonstance somatique précise peut être parfois retrouvée aussi dans le Syndrome de Cotard. La malade de l'observation IV, par exemple, installa son délire à la suite de manœuvres obstétricales mutilatrices, et sa négation d'organe portait

précisément sur un viscère intéressé par cette intervention.

Paragraphe II :

Substratum anatomique

Si l'évanouissement complet et l'émancipation de l'image corporelle se produisent sans que l'on puisse arguer de lésions anatomiques corticales, l'étude des membres fantômes neurologiques et surtout de l'hémiasomatognosie, nous a fourni des preuves cliniques, anatomiques et expérimentales (Hoff et Potzl) qui nous permettent de donner à ces troubles du Schéma corporel une localisation anatomique assez nette. Van Bogaert parlait de « couple thalamo-pariétal ». Rappelons que les faits les mieux étudiés indiquent que les lésions causales du Syndrome sont localisées dans la région pariétale inférieure et les plis de passage de la deuxième pariétale avec les circonvolutions temporales (gyrus angulaire, pli courbe, gyrus supra-marginal). Généralement, les lésions se limitent à un seul côté du cerveau, mais, dans les cas sévères, les deux hémisphères peuvent être atteints (cas d'une maladie de Pick avec asomatognosie et apraxie, publiée par Lhermitte et J. O. Trelles).

Rien de semblable, à notre connaissance, n'a été noté jusqu'à présent dans le Syndrome de Cotard et c'est ici que nous regrettons fort de n'avoir pu disposer de pièces anatomiques. Il y aurait là, en effet, toute une étude à amorcer. Certes, il a été exprimé pourtant que le Syndrome de Cotard des séniles et préséniles (le plus fréquent) pourrait correspondre à un début de dégénérescence corticale, ce qui rendrait compte, en partie, des échecs de l'électrochoc (manque de moellons pour la reconstruction). Mais ses succès ?

En réalité, s'il est vrai que l'étude de l'hémiasomatognosie nous a mis en présence d'une localisation précise de l'image de soi, nous devons nous souvenir que Lher-

MITTE lui-même déclarait que « le Schéma corporel, considéré en soi-même, ne peut être emprisonné dans des limites fixes ». Les autres troubles de l'image corporelle ne nous ont pas conduits, d'ailleurs, à d'aussi strictes localisations.

D'autre part, n'est-il pas particulièrement intéressant de noter ici que l'épilepsie, par « l'orage cérébral » (LHERMITTE) qu'elle détermine, fait apparaître également bien des modifications pathologiques de l'image de soi (membres fantômes de l'aura, nombreux phénomènes héautoscopiques). Les succès que remporte assez souvent l'électrochoc dans le Syndrome de COTARD ne sauraient donc absolument infirmer, dans celui-ci, l'intervention d'une part organique, encore moins ses relations possibles avec les troubles du Schéma corporel.

Paragraphe III :

FOND MENTAL DES MALADES

Les malades de COTARD sont des *délirants,* mais leur délire peut exister à tous les degrés, depuis l'absurdité et l'incohérence totales, jusqu'à une systématisation parfaite..., certains sujets pouvant raisonner parfaitement sur les autres questions. Il existe chez eux une anxiété considérable qui les pousse à l'agitation psychomotrice, aux auto-mutilations, au suicide.

Dans les troubles du Schéma corporel, le malade est habituellement très cohérent : son intelligence, sa critique, son affectivité sont parfaites. Il ne viendrait pas à l'idée, la plupart du temps, de faire du malade un « mental » ; enfin bien loin d'être anxieux, ils sont généralement indifférents, parfois même portés à la plaisanterie, au coq-à-l'âne, à la « moria » (ce qui, notons-le en passant, est plus frontal que pariétal).

Cela, c'est le tableau classique. Mais, d'une part, ne peut-on pas rapprocher l'ignorance systématique et com-

me volontaire des anosognosiques, le refus absolu d'accepter la réalité de leurs perturbations organiques..., de l'insistance mordante des malades de Cotard, refusant, eux, d'abandonner leurs idées de négation ou d'énormité même quand, pour tout ce qui ne touche pas leur délire, ils gardent un jugement cohérent.

D'autre part, la question de l'anxiété elle-même prête à discussion.

a) Est-elle primitive ou secondaire dans le Syndrome de Cotard ? S'il est vrai qu'elle semble souvent préexistante, on peut bien admettre qu'elle est quelquefois née chez ce malade à la suite des troubles (cénesthésiques..., « schématiques ») qu'il ressent. C'est, en somme, la vieille discussion entre théorie psychique et théorie thymique que nous avons déjà largement exposée. Notre observation I est, à ce point de vue très importante, puisqu'elle nous montre un Syndrome de Cotard sans anxiété.

b) Par ailleurs, nous avons vu des troubles du Schéma corporel avec anxiété : certains membres fantômes, le syndrome pariétal traumatique publié par Hecaen et David, des héautoscopiques, la jeune Sibylle..., l'observation VIII (asomatognosie totale) surtout, dans laquelle une anxiété prédominante s'hypertrophie encore pendant la maladie et pousse ainsi la malade à des auto-mutilations et des tentatives de suicide.

Ainsi, les divergences qui opposent les deux tableaux classiques s'estompent-elles lorsqu'on pousse l'analyse des faits et qu'on considère les troubles les plus évolués du Schéma corporel (asomatognosie). Et s'il est vrai qu'elles subsistent, elles ne sauraient suffire à dresser une véritable barrière.

CHAPITRE II

CONVERGENCES

Paragraphe I :

La symptomatologie

C'est le grand point de ressemblance. C'est de considérations symptomatologiques que nous sommes partis, et nous n'avons pas manqué, tout au long des chapitres précédents, de noter les points communs. Aussi, ne ferons-nous que les résumer dans le tableau suivant :

SYNDROME DE COTARD	TROUBLES DU SCHEMA CORPOREL
Négation d'organes	Perte d'une moitié de soi: Anosognosie Hémiasomatognosie
Négation de soi-même	Asomatognosie totale : « *Je ne suis plus moi-même. Je n'ai plus de corps* ». Dépersonnalisation des hémiasomatognosiques.
Négation de l'extérieur	« *Le monde me paraît changé* » (Asomatognosique). « *Rien n'est plus nulle part* » (Vertigineuse « aschématique » de P. Bonnier).

SYNDROME DE COTARD	TROUBLES DU SCHEMA CORPOREL
Enormité d'organes Immensité	— Certains membres fantômes neurologiques. — Troubles du Schéma corporel par intoxications (peyotl surtout). « *Ma jambe droite devint lourde et comme solide* ». « *Le derrière de ma tête s'ouvrit et émit des torrents de couleurs brillantes* ». — Troubles du Schéma corporel des vertigineux : « *Mes mains sont démesurément grossies* » (malade d'Hitzig et Wollenberg). — Héautoscopie interne (cas de G. d'Annunzio).
Changement de substance des organes	Troubles du Schéma corporel d'origine vestibulaire : « *Mon côté gauche est rempli par une substance étrangère* » (malade de Hoff et Engerth). Héautoscopie interne (d'Annunzio).
Idées d'immortalité	
Diaphanéité d'organes Dédoublement de la personnalité	Héautoscopie reconnaissance du double
Possession démoniaque	Possession démoniaque Héautoscopie (cas Sibylle)

Paragraphe II :

Les composantes

Dans l'étude pathogénique du Syndrome de Cotard, nous avons insisté sur le rôle des troubles sensitifs et de la cénesthésie. La théorie thymique nous a permis de nous attarder longuement sur ce point. Elle notait aussi l'existence fréquente de troubles moteurs « allant, disait Cotard, jusqu'à l'abolition du sens musculaire, la perte

de la notion de situation du corps et de ses rapports dans l'espace ».

Ce sont les mêmes éléments que l'on retrouve dans la constitution du Schéma corporel : sensations tactiles et profondes, appareil d'équilibration vestibulaire, kinesthésies. Et nous avons vu que la notion même de Schéma corporel était née d'une révision, d'un élargissement de la notion de cénesthésie. En outre, l'asomatognosie et l'héautoscopie nous ont amené à des discussions pathogéniques : troubles du Schéma corporel ou cénesthopathies ? Et l'étude du membre fantôme a porté l'accent sur le sympathique qui a été justement défini : « le nerf de la cénesthésie ».

Enfin, l'activité motrice, tous les auteurs y insistent, joue aussi un rôle essentiel dans la constitution de notre image corporelle (Voir Lhermitte : Schéma corporel et apraxie).

Voilà donc dressé le bilan de notre étude. Nous voyons que le voisinage persiste et qu'il semble bien que le point commun d'où découlent toutes les autres ressemblances se trouve dans les composantes identiques que ce dernier paragraphe nous a permis de rappeler. Ainsi, est-ce surtout la pathogénie du Syndrome de Cotard que nous allons être amenés à réviser.

CHAPITRE III

RÉVISION DU SYNDROME DE COTARD

C'est la pathogénie du Syndrome qu'il nous faut reconsidérer. Cénesthésie, kinesthésie, troubles sensitifs, dont nous avons vu l'importance dans les théories classiques sont les composantes mêmes du Schéma corporel. Troublées, elles amèneront des modifications pathologiques de l'image de soi. Donc, premier point : troubles du Schéma corporel et Syndrome de Cotard peuvent avoir une origine commune.

D'autre part, ne peut-on pas penser que les cénesthopathies, par exemple, qui — classiquement — influencent l'état mental du malade (déjà prédisposé à des psychopathies) jusqu'à déterminer l'apparition d'un Syndrome de Cotard, exercent leur influence par l'intermédiaire du Schéma corporel troublé ?...

C'est un pas de plus. Et nous voyons que l'élargissement de la cénesthésie qui a — dans la psychologie — donné naissance à la notion d'image corporelle, nous amène — en psychiâtrie — à élargir la pathogénie du Syndrome de Cotard en y faisant entrer précisément le Schéma corporel.

Pour de Morsier, il n'y aurait d'ailleurs qu'une différence de degré. Etudiant la séméiologie des « hallucinations sensitives et corporelles », celui-ci est, en effet, amené à considérer « du simple au complexe », les paresthésies, les cénesthopathies, les troubles du Schéma postural.

L'observation suivante (publiée en juin 1945 par M. J. Ajuriaguerra) mérite d'être citée ici, car elle nous montre comment des cénesthopathies et des troubles du Schéma corporel paroxystiques peuvent amener de véritables accès mélancoliques bien voisins du Syndrome de Cotard (sensation d'énormité d'organe persistant même devant le miroir).

OBSERVATION X

M^me^ Juliette D... consulte à l'hôpital Henri-Rousseau pour *un état dépressif accompagné de troubles cénesthopathiques siégeant à l'hémiface droite.*

Agée de 56 ans, sans antécédent pathologique important sauf une entéro-colite qui persiste depuis l'âge de 16 ans. Mariée à 18 ans : deux fausses couches, un enfant normal né à terme. Réglée à 13 ans régulièrement. Ménaupose en cours.

Née d'un père alcoolique, son enfance se déroule dans une atmosphère de mésentente familiale, de disputes et de violences continues. Son mariage ne fut pas plus heureux : séparation, puis rupture quelques années après. Frigide, elle le reste même après quelques essais sexuels ultérieurs. Aboulique et légèrement suggestive, elle adhère à une association religieuse nouvelle, d'esprit chrétien, dirigée par un Suisse : « Le messager de l'éternel ».

Elle vient consulter pour les troubles suivants : sensations anormales siégeant à l'hémiface. Or, *il ne s'agit pas de douleurs, mais de modifications bizarres et permanentes :*

Impression de modification des os du crâne, comme si la peau etait soudée aux os ;

— Œil droit plus saillant que le gauche ;

— Dans les mouvements du front, elle sent son œil se déplacer à droite. Mais même au repos, lorsqu'elle se regarde

devant la glace, elle voit son hémiface plus grosse, comme gonflée et derrière vers la droite.

— D'une manière permanente, elle ressent une « sensation en dedans », et garde une impression de présence : « Je sens, dit-elle, que j'ai un œil, une oreille, un derrière d'oreille, un cou à droite ». Les troubles épargnent le nez, les lèvres, les mâchoires et les dents.

— Ces modifications apparaissent dès le réveil et ne disparaissent que pendant le sommeil, ne se manifestant pas au cours des rêves.

« Çà devient, dit la malade, une obsession constante qui me déprime ».

On retrouve six épisodes semblables depuis 1906.

1°) *Début au cours d'état dépressif de sa grossesse.*

— Modification de l'hémitête, déviation du front vers le haut. Le jour de son accouchement, elle regarda la tête de sa fille pour voir si celle-ci n'avait pas pris son mal.

— Disparition du trouble quelque temps après l'accouchement.

2°) *En* 1915, nouvel accès (au cours d'une maladie de sa mère) avec impossibilité de se coiffer à droite, de garder un chapeau sur la tête.

3°) *En* 1923, nouvel accès de six mois à la suite d'une rétroversion utérine.

4°) *En* 1924, nouvel accès à la suite d'un conflit affectif avec sa fille.

5°) *En* 1933, 6°) *en* 1938, nouveaux accès (durée de 6 à 9 mois).

— Les accès débutent toujours brusquement et disparaissent progressivement. Ils paraissent toujours en rapport avec des *chocs affectifs* ou des *périodes de grand surmenage* et s'accompagnent d'un *état dépressif d'importance inégale.* Tantôt simple tristesse avec inertie, tantôt *aspect mélancolique franc avec idées d'incurabilité et de suicide* (En 1943, elle a porté le tuyau du gaz dans sa bouche).

L'examen neurologique ne montre aucun signe objectif (réflexes et sensibilité normaux ; pas de trouble sympathique, pupilles normales).

Thyroïde normale. B. W. négatif.

En résumé : Il s'agit d'une malade qui a présenté depuis sa jeunesse six accès du type cénesthopathique à siège hémifacial droit. Ces accès, à début brusque et disparition progressive s'accompagnent tantôt d'une dépression franche, tantôt d'un état dépressif estompé.

L'intérêt de cette observation siège dans le fait de l'apparition périodique, au cours d'états dépressifs, de troubles cénesthopathiques localisés. A certains moments, et en particulier au cours de sa dernière crise, le trouble prenait l'allure de ces formes mineures cénesthopathiques de la mélancolie sur lesquelles a insisté Montassut et dont Longuet, dans sa thèse, a donné plusieurs exemples.

La localisation et le caractère des troubles nécessitent aussi un court commentaire : on a souvent insisté sur les fausses névralgies faciales périodiques « d'origine psychique », mais dans notre cas, la malade ne se plaint pas de douleur, mais de sensations bizarres, atypiques, souvent difficiles à décrire. La malade sent l'existence de certaines parties de sa face. C'est par une prise de conscience, par un sentiment obsédant de présence, que les troubles se manifestent. Le silence habituel de ces organes a disparu et les idées de transformation sont apparues en même temps. Cette *hallucinose cénesthésique,* dans le sens de Dupré, paraît, du point de vue descriptif du moins, *entrer dans le cadre des troubles du Schéma corporel* par présence obsédante de certains organes. Elle doit être rapprochée des troubles de non appartenance qui caractérisent l'anosognosie.

Rappelons enfin les deux observations d'Ehrenwald dans lesquelles une anosognosie (avec son substratum organique classique) amène *à elle seule* à un Syndrome de Cotard. On passe même ici de révisions pathogéniques à des considérations étiologiques...

C'est seulement ce nouvel aspect pathogénique que nous voulons retenir dans ce travail : *Causés par des troubles périphériques* (kinesthésies, troubles sensitifs, troubles vestibulaires, etc.) *ou centraux..., objectivés ou non par des lésions anatomiques..., souvent associés à des*

cénesthopathies..., divers troubles du Schéma corporel sont capables (surtout lorsqu'ils évoluent sur un état mental prédisposé) *d'amener le malade à des idées de négation, d'énormité, de possession démoniaque, au dédoublement de la personnalité, en un mot, à cet ensemble de gros troubles psychiques qui constitue le Syndrome de* COTARD.

CONCLUSIONS

1°) Il existe de grandes ressemblances symptomatologiques entre deux états pathologiques, l'un mental, l'autre surtout neurologique, qui sont le Syndrome de Cotard et les divers troubles du Schéma corporel.

2°) Malgré certaines oppositions frappantes (surtout dans le domaine anatomo-pathologique) il est possible de pousser plus loin que sur le plan strictement clinique le parallèle entre ces deux types d'affection et il existe même des possibilités de passage de l'un à l'autre.

3°) Les éléments constitutifs du Schéma corporel normal se retrouvent dans la pathogénie du Syndrome de Cotard.

4°) On est donc amené à penser que les troubles du Schéma corporel peuvent entrer, à côté (ou à la place ?) des cénesthésies, dans la pathogénie du Syndrome de Cotard.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ

VU, BON A IMPRIMER,
Le Président,
P. DELMAS-MARSALET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Bordeaux, le 26 février 1946.

le Recteur
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Ajuriaguerra. — Cénesthopathie faciale droite périodique. (*Annales Médico-psychologiques,* Juin 1945).

Annunzio (G.). — « Notturno » (Calmann-Lévy, 1922).

Babinski. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale. Anosognosie.

— *Revues Neurologiques,* 1918 (Tome II, p. 365), 1924 (Tome premier).

Barré, Morin, Kayser. — Etude clinique d'un nouveau cas d'anosognosie de Babinski (*Revue Neurologique,* 1923 (Tome premier).

Beaunis. — Les sensations internes (Paris, 1893).

Van Bogaert (L.). — Sur la pathologie de l'image de soi. *Annales Médico-Psychologiques,* 1934, Tome II, nos 4 et 5.

Bonnier (P.). — Le Vertige, 1 vol. 1893.

— L'Aschématie (*Revue Neurologique,* 1905, p. 54).

Camuset. — Rapport sur le délire des négations ; sa valeur diagnostique et pronostique, *Congrès de Blois,* 1892.

Cool. — Contribution à l'étude du délire des négations (*Thèse de Paris,* 1893-94).

Comar. — L'auto-représentation des organes (*Rev. Neurol.,* 1901, p. 390).

Cotard. — Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Annales Médico-Psychologiques,* septembre 1880.

— Du délire des négations, *Archives de Neurol.,* 1882.

— Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse, *Archives de Neurologie,* 1884.

— Le délire d'énormité, *Archives de Neurologie,* 1888.

COTARD (Jules-Ferdinand). — Idées délirantes de négation (*Thèse de Bordeaux*, 1903-1904).

CRINON. — Pathogénie des idées de négation chez les mélancoliques (*Thèse de Paris*, 1908).

CRISTIANI. — Délire des négations (*Nueva Revista*, 1892).

DELMAS-MARSALET. — Lobe frontal et équilibre (*Encéphale*, janvier 1936).

— L'électrochoc thérapeutique et la dissolution-reconstruction (Baillère, 1943).

DELMAS-MARSALET, FAURE et BANNEL. — Sur un cas d'hémiplégie avec hémiasomatognosie (*Journal de Médecine de Bordeaux*, novembre 1945).

DENY (G.) et CAMUS (P.). — Sur un cas d'hypocondrie aberrante due à la perte de conscience du corps (*Revue Neurologique*, 1905, n° 9).

DUBOIS. — Troubles de la sensibilité dans les états mélancoliques et neurasthéniques (*Progrès Médical*, 29 août 1903).

EHRENWALD. — Anosognosie und depersonalisation (*Nervenarzt*, 1931).

FOIX. — Contribution à l'étude de l'apraxie idéo-motrice (*Revue Neurol.*, 1916, p. 283).

FRANCOTTE. — Observations pour servir à l'étude du délire des négations (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, 1894).

GAYRAL. — Le délire de possession diabolique (Toulouse, 1945), 1 vol.

GUILLAUME (J.), Ivan BERTRAND et G. MAZARS. — Un cas de moignon douloureux traité par myelotomie. Etude électro-encéphalographique et considérations physiopathologiques sur la douleur (*Rev. Neur.* juin 1945)

GOT. — Contribution à l'étude du Syndrome de Cotard. Sa valeur pronostique (*Thèse de Bordeaux*, 1912-1913).

HECAEN et DAVID. — Syndrome pariétal traumatique ; asymbolie tactile et hémiasomatognosie paroxystique et douloureuse (*Revue Neurologique*, mai-juin 1945).

HECAEN, DAVID et J. TALAIRACH. — Membres fantômes par compression de la queue de cheval. Disparition après libération des racines (*Revue Neurologique*, mai-juin 1945).

HENRY. — Le délire des négations dans la P. G. (*Thèse de Paris*, 1898).

KLEIN et SCHILDER. The Japanese illusion and the postural model of the Body. *Journal of Nerv. and Nervous disease*, 1929.

LERICHE (R.). — La chirurgie de la douleur (1 vol., Masson, 1937).

LHERMITTE (J.). — Les visions d'un poète : Gabriele d'Annunzio. *Congrès d'Oto-Neuro-Ophtalmologie* ; Bordeaux, avril 1938.

— Désordre de la fonction hypnique et hallucinations. *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1938.

— Les fondements biologiques de la Psychologie, 1 vol. Gauthier-Villars, 1925.

— Le sommeil (1 vol., Colin, 1930).

— La section complète de la moelle dorsale (1 vol., Malloine, 1919).

— Les mécanismes du cerveau (1 vol. N.R.F., 1938).

— L'image de notre corps (1 vol. Nouvelle Revue Critique ,1939).

— De l'image corporelle (*Revue Neurologique*, janvier-février 1942).

LHERMITTE, G. LÉVY et KYRIARCO. — Les perturbations de la pensée spatiale chez les agnasiques (*Revue Neurol.*, 1925, II).

LHERMITTE et TCHEHRAZI. — L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques (*Encéphale*, janv. 1937)

LALANNE. — Des états anxieux dans les maladies mentales *Rapport au Congrès de Grenoble*, août 1902.

LOUP. — Idées de négation dans les états hypocondriaques (*Thèse de Lyon*, 1906).

LURJE. — Etude sur le Schéma corporel (*Nevropat.*, 1936).

MARIE (Pierre) et FOIX. — Les phénomènes apraxiques avec lésion pariéto-temporale gauche. *Revue Neurologique*, janvier 1914.

MAUPASSANT (Guy de). — *Le Horla.*

MENNINGER-LERCHENTHAL. — Das Truggebilde der eigenen gestalt. 1 vol., Karger, 1935.

— Psychotherapeutische Praxis. 1936-37, Wien.

MIGNET et Mlle LACASSAGNE. — Syndrome de Cotard chez une jeune fille de vingt ans. Guérison (*Ann. Méd. Psych.* 1937, I, p. 246).

MORSIER (G. de). — Les hallucinations, *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie,* 4 avril 1938.

NANDASCHER. — Trois cas d'hallucination spéculaire (*Ann. Médic. Psych.,* 1910).

PEGUILLAN. — Valeur séméiologique des idées de négation dans les maladies mentales (*Thèse Toulouse,* 1895).

PITRES. — Etude sur les sensations illusoires des amputés (*Ann. Méd. Psych.,* 1897).

REGIS. — Note historique et clinique sur le délire des négations. *Gazette Médicale de Paris,* février 1893, Nos 6 et 7.

— Note sur le diagnostic différentiel de la mélancolie anxieuse et de la P. G. *Gazette Médicale de Paris,* 1890, nos 1 et 2.

— Les neurasthénies psychiques, *Journal Médical de* Bordeaux, 1891.

ROUHIER (A.). — Le Peyotl, la plante qui fait les yeux émerveillés (Doin et Cie, Paris, 1926).

SCHILDER (Paul). — Das Korperschema (1 vol., Berlin, 1923).

— The image and appearance of the human body. *Psyche monograph.,* n° 4, London, 1935.

SEGLAS. — Mélancolie anxieuse avec délire des négations (*Arch. Neurol.,* 1884).

— Pathogénie et séméiologie des idées de négation (*Ann. Méd. Psych.,* 1889).

— Le délire des négations (*Encyclopédie Scientifique,* 1896).

SOLLIER. — Les phénomènes d'autoscopie. 1 vol., Alcan, 1903.

— Un cas d'hypocondrie terminée par la mort (*Société Méd. Psych.,* août 1901).

TCHEHRAZI. — Image de soi (1 vol. Doin, 1936).

THOMAS (André). — Equilibre et équilibration (1 vol., Masson et Cie, 1940).

— L'image de mon corps (*Revue Neurologique,* janvier-février 1942).

VALLON. — Observations. Délire des négations (*Archives de Neurologie,* 1892).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

PREMIERE PARTIE : LE SYNDROME DE COTARD 13

Chapitre I : Définition, exposé clinique, place du Syndrome 14

Chapitre II : Etiologie et Pathogénie 17

Chapitre III : Evolution et pronostic 22

Chapitre IV : Observations 23

DEUXIEME PARTIE : LE SCHEMA CORPOREL, SA PATHOLOGIE 29

Chapitre I : Rappel de psychologie 30

Chapitre II : La pathologie de l'image de soi.. 35

— Paragraphe 1 : Le membre fantôme 35

— Paragraphe 2 : Troubles du schéma corporel plus... « psychiâtriques » 40

A) Anosognosie et Hémiasomatognosie ... 40

B) Asomatognosie totale 48

C) Héautoscopie 52

TROISIEME PARTIE : EFFORT DE SYNTHESE 61

Chapitre I : Divergences 62

Chapitre II : Convergences 67

Chapitre III : Révision du Syndrome de Cotard 71

CONCLUSIONS 77

BIBLIOGRAPHIE 79